618.97
Ind
k

KURIKULUM DAN MODUL PELATIHAN LANJUT USIA DAN GERIATRI UNTUK PETUGAS PUSKESMAS

KEMENKES RI

18.97
d

REKTORAT BINA UPAYA KESEHATAN DASAR
KTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
2012

KEMENKES RI

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

618.97
Ind
k

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan
Kurikulum dan modul pelatihan lanjut usia dan geriatric untuk petugas puskesmas,-- Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2012

ISBN 978-602-235-182-5

1. Judul I. GERIATRIC NURSING
II. GERIATRIC PSYCHIATRY
III. COMMUNITY HEALTH SERVICES
IV. HEALTH MANPOWER

MILIK PERPUSTAKAAN
KEMENTERIAN KESEHATAN

618.97
Ind
k

KURIKULUM DAN MODUL PELATIHAN LANJUT USIA DAN GERIATRI UNTUK PETUGAS PUSKESMAS

KEMENKES RI

Perpustakaan Depkes.-
No. Induk : 023/1-2013
gl. Terima : 3-1-2013
Dapat Dari : H

618.97
Ind
k

DIREKTORAT BINA UPAYA KESEHATAN DASAR
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita ucapkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan Rahmat dan KaruniaNya sehingga kita dapat menyelesaikan dan mencetak Kurikulum dan Modul Pelatihan Lanjut usia dan Geriatri untuk Petugas. Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah ikut berkontribusi dalam penyusunan Kurikulum dan Modul ini.

Kurikulum dan Modul pelatihan Lanjut Usia dan Geriatri untuk petugas Puskesmas ini merupakan acuan bagi pengelola program kesehatan lanjut usia di Provinsi dan di Kabupaten Kota dalam memberikan pelatihan tentang pelayanan lanjut usia kepada petugas Puskesmas.

Kurikulum dan Modul pelatihan ini ini sudah disusun sebelumnya pada saat program kesehatan lanjut usia masih berada di Direktorat Bina Kesehatan Komunitas Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat. Selanjutnya dengan reorganisasi di Kementerian Kesehatan, program kesehatan lanjut usia berada di bawah Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar, Ditjen Bina Upaya Kesehatan

Kami menyadari bahwa Kurikulum dan Modul ini belum sempurna dan dapat diperbaiki karena ilmu pengetahun makin lama makin berkembang. Untuk itu masukan dan saran sangat kami harapkan untuk kesempurnaan buku ini di masa yang akan datang

Kami harapkan dengan adanya Kurikulum dan Modul Pelatihan Lanjut Usia untuk Petugas Puskesmas ini, Pengelola Program Lanjut Usia di daerah dapat meningkatkan kemampuan petugas Puskesmas melalui pelatihan – pelatihan yang melibatkan profesi di bidang geriatri.

Akhirnya harapan kami mudah-mudahan Kurikulum dan Modul ini dapat bermanfaat bagi kita semua

Jakarta, September 2012
Direktur Bina Upaya Kesehatan Dasar

Dr. HR. Dedi Kuswenda, Mkes
NIP 195709171987031001

KEMENKES RI

DAFTAR ISI

Hal.

KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI ii

KURIKULUM PELATIHAN
I. PENDAHULUAN 1
II. KOMPETENSI PETUGAS PUSKESMAS DALAM PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA 3
III. TUJUAN 4
IV. PESERTA, FASILITATOR DAN PENYELENGGARA 4
V. MATERI DAN STRUKTUR PROGRAM PELATIHAN 5
VI. DIAGRAM ALUR PROSES PEMBELAJARAN 6
VII. PROSES DAN METODA PEMBELAJARAN 6
VIII. EVALUASI DAN SERTIFIKASI 7
IX. GARIS GARIS BESAR PROGRAM PEMBELAJARAN (GBPP) 9

MATERI DASAR. PUSKESMAS SANTUN LANJUT USIA 22
MATERI INTI I. PENGKAJIAN PARIPURNA PASIEN GERIATRI 33
MATERI INTI 2. SINDROMA GERIATRI 38
MATERI INTI 3. PENYAKIT DEGENERATIF DAN GERIPAUSE 46
MATERI INTI 4. MASALAH KESEHATAN JIWA 64
MATERI INTI 5. MASALAH KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA LANJUT USIA 80
MATERI INTI 6. GIZI PADA LANJUT USIA 92
MATERI INTI 7. AKTIVITAS FISIK DAN LATIHAN FISIK PADA LANJUT USIA 112
MATERI INTI 8. REHABILITASI MEDIK GERIATRI DI PUSKESMAS 127
MATERI INTI 9. PELAYANAN KEPERAWATAN KESEHATAN LANJUT USIA 135
MATERI PENUNJANG 1. MEMBANGUN KOMITMEN PEMBELAJARAN 166
MATERI PENUNJANG 2. PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM KESEHATAN LANJUT USIA 173
KERANGKA ACUAN PKL 179
TIM PENYUSUN 182

KEMENKES RI

KURIKULUM PELATIHAN
PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA DAN GERIATRI
UNTUK PETUGAS PUSKESMAS

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Amanat Undang-undang no. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia mengatakan bahwa Lanjut Usia mempunyai hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial Lanjut Usia diarahkan agar Lanjut Usia tetap dapat diberdayakan sehingga berperan dalam kegiatan pembangunan serta terselenggaranya pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial Lanjut Usia. Sejalan dengan hal tersebut, Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa upaya untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan masyarakat dilaksanakan berdasarkan prinsip non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan. Setiap upaya untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat merupakan investasi bagi pembangunan negara. Pasal 138 Undang-undang Kesehatan menyebutkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi Lanjut Usia ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial dan ekonomis dan Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi Lanjut Usia agar tetap dapat hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Sesuai dengan visi Kementerian Kesehatan yang tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010 – 2014 adalah Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan mengandung makna bahwa semua orang mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas termasuk para Lanjut Usia. Salah satu indikator yang ingin dicapai dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010 – 2014 adalah meningkatnya Usia Harapan Hidup manusia Indonesia dimana pada tahun 2014 diharapkan terjadi peningkatan UHH dari 70,6 tahun menjadi 72 tahun. Dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup, maka populasi penduduk yang berusia lanjut juga akan mengalami peningkatan sangat bermakna.

Secara alami proses menjadi tua mengakibatkan para **Lanjut Usia** mengalami kemunduran fisik dan mental. Kesehatan merupakan aspek sangat penting yang perlu diperhatikan pada kehidupan para **Lanjut Usia**. Salah satu permasalahan yang sangat mendasar pada Lanjut Usia adalah masalah kesehatan sehingga diperlukan upaya menyeluruh untuk meningkatkan kesehatan pada masyarakat khususnya kelompok pra Lanjut Usia dan Lanjut Usia serta upaya pembinaan dan pelayanan yang terus menerus.

KEMENKES RI

Riset Kesehatan Dasar yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan tahun 2007 (Riskesdas 2007) menunjukkan penyakit terbanyak yang dialami Lanjut Usia adalah hipertensi, penyakit sendi, katarak, stroke, penyakit jantung, gangguan mental emosional dan diabetes mellitus. Hasil penelitian Komisi Nasional Lanjut Usia tahun 2007 menunjukkan bahwa sarana pelayanan kesehatan yang paling banyak dikunjungi Lanjut Usia adalah Puskesmas

Pelayanan Kesehatan kepada Lanjut Usia dilakukan mulai dari tingkat masyarakat di kelompok-kelompok Lanjut Usia, dan pelayanan di sarana pelayanan kesehatan dasar dengan mengembangkan Puskesmas Santun Lanjut Usia serta pelayanan rujukannya di Rumah Sakit. Pelayanan di Puskesmas lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif harus diutamakan tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif bagi Lanjut Usia yang mempunyai masalah kesehatan. Puskesmas merupakan ujung tombak dari pelayanan kesehatan masyarakat, di mana Puskesmas dapat menyentuh langsung masyarakat sampai ke tatanan keluarga dan masyarakat, dengan adanya jejaring Puskesmas di masyarakat seperti Posyandu, Puskesmas Keliling, Puskesmas Pembantu dan Bidan Desa.

Agar petugas di Puskesmas ini dapat memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat maka mereka harus dibekali dengan kemampuan teknis baik **secara** teori maupun praktek di lapangan. Pembekalan kepada petugas di Puskesmas ini dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan teknis program. Sehubungan dengan perlunya pelatihan teknis program ini maka diperlukan adanya kurikulum dan modul pelatihan sebagai acuan bagi pengelola program di daerah untuk memberikan pelatihan kepada petugas Puskesmas khususnya di bidang Kesehatan Lanjut Usia. Kurikulum dan Modul ini nantinya dapat dimanfaatkan sebagai acuan dalam memberikan
pelatihan tentang Lanjut Usia kepada petugas di Puskesmas.

KEMENKES RI

B. Filosofi

Pelatihan upaya kesehatan Lanjut Usia bagi petugas puskesmas ini diselenggarakan dengan memperhatikan:

1. **Prinsip andragogi**, yaitu bahwa selama pelatihan peserta berhak untuk :
   a. Didengarkan dan dihargai pengalamannya mengenai kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas
   b. Dipertimbangkan setiap ide dan pendapat, sejauh berada didalam konteks pelatihan.
   c. Diberikan apresiasi atas pendapat yang baik dan positif yang diutarakan oleh peserta.
2. **Berorientasi kepada peserta**, dimana peserta berhak untuk :
   a. Mendapatkan paket bahan belajar.
   b. Mendapatkan pelatih/fasilitator profesional yang dapat memfasilitasi

dengan berbagai metode, melakukan umpan balik, dan menguasai materi yang disampaikan dalam pelatihan

c. Belajar sesuai dengan gaya belajar yang dimiliki individu, baik secara visual, auditorial maupun kinestetik (gerak).
d. Belajar dengan **menggunakan** modal pengetahuan yang **sudah** dimiliki individu tentang upaya kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas
e. Melakukan refleksi dan memberikan umpan balik secara terbuka.
f. Melakukan evaluasi (terhadap pelatih/fasilitator dan penyelenggara) dan dievaluasi tingkat pemahaman dan kemampuannya dalam Upaya Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas

3. **Berbasis kompetensi**, yang memungkinkan peserta untuk :
   a. Mengembangkan ketrampilan langkah demi langkah dalam memperoleh kompetensi yang diharapkan dalam pelatihan.
   b. Memperoleh sertifikat setelah dinyatakan berhasil mendapatkan kompetensi yang diharapkan pada akhir pelatihan.
4. ***Learning by doing*** yang memungkinkan peserta untuk :
   a. Berkesempatan menerapkan hasil pembelajaran materi pelatihan pada praktek lapangan di wilayah Puskesmas serta mengambil manfaat dari praktek tersebut.
   b. Berkesempatan melakukan eksperimentasi dari materi pelatihan dengan menggunakan metode pembelajaran antara lain ceramah tanya jawab, penugasan, diskusi kelompok, latihan-latihan, baik secara individu maupun kelompok.
   c. Melakukan pengulangan atau perbaikan yang dirasa perlu.

II. KOMPETENSI PETUGAS PUSKESMAS DALAM PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA

Peserta memiliki kompetensi sesuai dengan kewenangan dokter dan parawat/bidan dalam hal :

- Melaksanakan Pemeriksaan Dasar pada Lanjut Usia yang meliputi:
- Anamnesis
- Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan penunjang
- Memberikan pengobatan dasar untuk kasus tertentu sesuai kewenangan Dokter
- Melakukan rujukan
- Melakukan follow up hasil pengobatan penyakit degenaratif yang umumnya ditemukan pada Lanjut Usia
- Melakukan rehabilitasi medik sesuai dengan kondisi dan sarana prasarana yang ada
- Memberikan penyuluhan/konseling
- Melakukan bimbingan olah raga/senam Lanjut Usia
- Melakukan pencatatan dan pelaporan
- untuk perawat ditambah dengan :Melakukan asuhan keperawatan pada Lanjut Usia

KEMENKES RI

III. TUJUAN

1. **Tujuan Umum:**
   Setelah mengikuti pelatihan ini peserta mampu memberikan pelayanan kepada **Lanjut Usia** secara baik sesuai dengan kompetensi yang dimiliki

2. **Tujuan Khusus:**
   Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu :
   a. Menjelaskan tentang Puskesmas Santun Lanjut Usia
   b. Melakukan pendekatan paripurna geriatri
   c. Melakukan penatalaksanaan kasus sindroma geriatri
   d. Melakukan penatalaksanaan penyakit degeneratif dan geripause
   e. Melakukan penilaian, penentuan status gizi dan penatalaksanaannya pada Lanjut Usia
   f. Melakukan penatalaksanaan masalah kesehatan jiwa pada Lanjut Usia
   g. Melalukan pencegahan dan penatalaksanaan kesehatan gigi dan mulut pada Lanjut Usia
   h. Melakukan bimbingan latihan fisik pada Lanjut Usia
   i. Melakukan rehabilitasi medik pada Lanjut Usia
   j. Melakukan asuhan perawatan Lanjut Usia
   k. Melakukan pencatatan dan pelaporan program kesehatan Lanjut Usia

IV. PESERTA, FASILITATOR DAN PENYELENGGARA

1. **Peserta**
   Peserta latih adalah petugas Puskesmas yang terdiri dari:
   a. Dokter
   b. Perawat lulusan D3 Keperawatan atau Bidan lulusan D3 Kebidanan.
   Dengan catatan setelah selesai pelatihan diharapkan masih bekerja di Puskesmas minimal 2 tahun untuk melaksanakan Program Kesehatan Lanjut Usia .
   Jumlah peserta ideal per kelas adalah 15 sampai 20 orang
2. **Fasilitator.**
   - Pejabat/Staf Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab/terkait Program Kesehatan Lanjut Usia
   - Widya Iswara
   - Dokter Spesialis (Penyakit Dalam Konsultan Geriatri, Rehabilitasi Medik, Spesialis Gizi Klinis, Kesehatan Jiwa)
   - Dokter terlatih
   - S1 Gizi/Nutrisionis/Dietisien, D3 Rehabilitasi Medik
   - Perawat yang kompeten untuk melatih (memiliki sertifikat pelatih/SK Pelatih/Dosen)
3. **Penyelenggara**
   Penyelenggara pelatihan :
   Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota bekerjasama dengan Balai Pelatihan Kesehatan Provinsi/Institusi Pendidikan dan Rumah Sakit/Badan Pendidikan dan Pelatihan Propinsi

KEMENKES RI

V. MATERI DAN STRUKTUR PROGRAM PELATIHAN

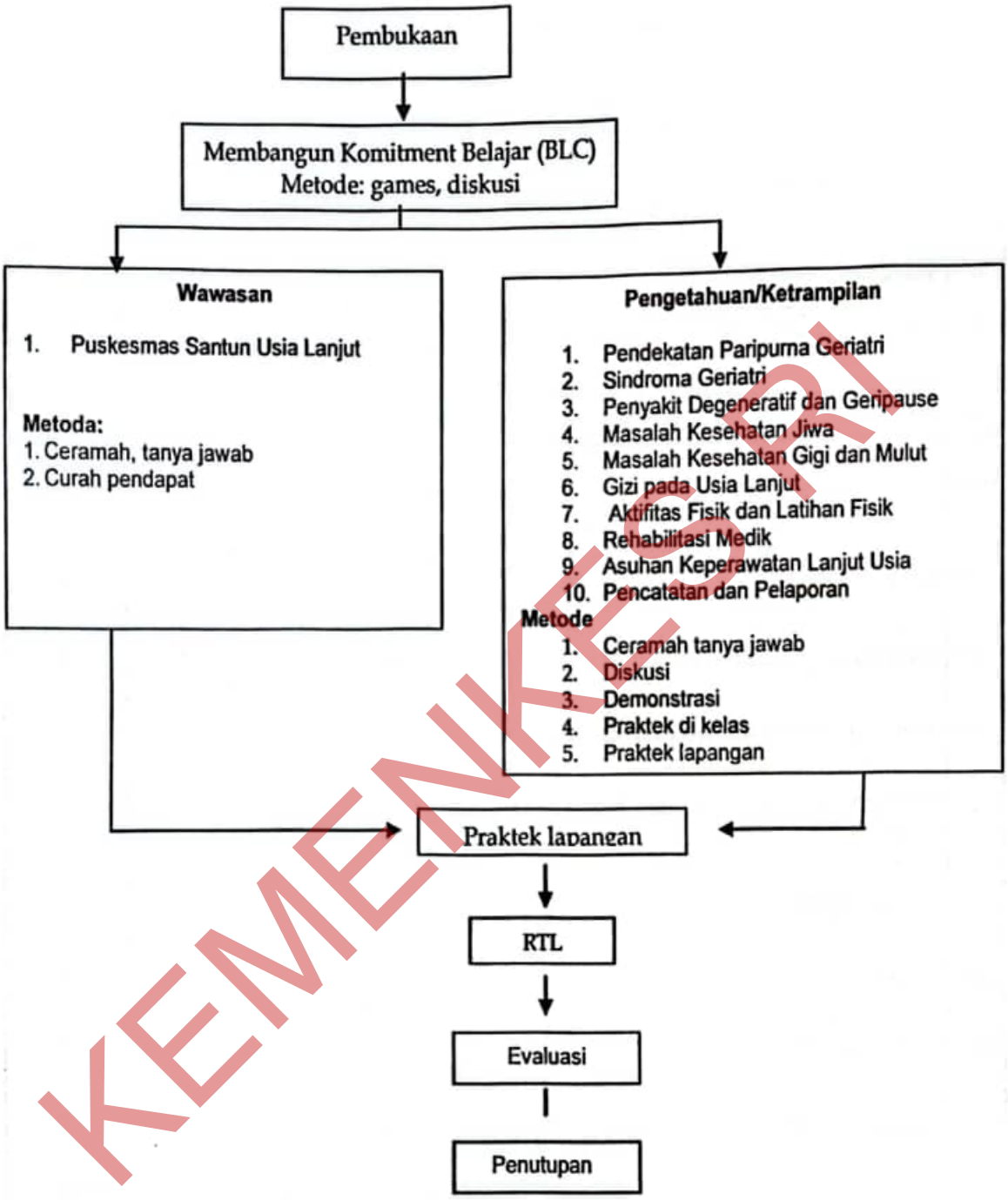
STRUKTUR PROGRAM

PELATIHAN PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA DAN GERIATRI UNTUK TENAGA KESEHATAN PUSKESMAS

NO	MATERI	BEBAN PELATIHAN			Jumlah
		Teori	Praktek	PL	
A.	**Materi Dasar:**				
1	Puskesmas Santun Lanjut Usia	2	0	0	2
	Jumlah	2	0	0	2
B.	**Materi Inti:**				
1	Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri	2	2	0	4
2	Sindroma Geriatri	3	3	3	9
3	Penyakit Degeneratif dan Geripause	2	0	0	2
4	Masalah Kesehatan Jiwa pada Lanjut Usia	2	2	2	6
5	Masalah Kesehatan Gigi dan Mulut pada Lanjut Usia	1	1	0	2
6	Gizi pada Lanjut Usia	2	3	1	6
7	Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik bagi Lanjut Usia	2	2	0	4
8	Rehabilitasi Medik bagi Lanjut Usia	2	4	0	6
9	Asuhan Keperawatan Lanjut Usia	2	1	2	5
	Jumlah	18	19	7	45
C.	**Materi Penunjang:**				
1.	Membangun Komitmen Pembelajaran/ *Building Learning Commitment* (*BLC*)	0	2	0	2
2.	Pencatatan dan pelaporan	0	2	0	1
	Jumlah	0	4	0	3
	JUMLAH:	20	22	8	50

KEMENKES RI

VI. DIAGRAM ALUR PROSES PEMBELAJARAN



KEMENKES RI

VII. PROSES DAN METODA PEMBELAJARAN

Dari gambar di atas dapat disampaikan bahwa proses pelatihan dilaksanakan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Pencairan, pengaktifan dan penggalian harapan peserta melalui *Building Learning Commitment (BLC).*

Proses ini bermaksud untuk menggali harapan, tujuan yang ingin diperoleh melalui pelatihan ini kaitannya dengan pelaksanaan dan peningkatan Program Kesehatan Lanjut Usia .

2. Pembahasan materi di kelas
   Dalam setiap pembahasan materi, peserta dilibatkan secara aktif sepenuhnya dalam kegiatan pembelajaran.
   Pola umum kegiatan pembelajaran untuk setiap materi pelatihan adalah:
   a. Mempersiapkan peserta untuk mengikuti kegiatan pembelajaran
   b. Penjelasan tujuan pembelajaran
   c. Penyampaian materi dengan metode ceramah tanya jawab dan curah pendapat
   d. Penugasan antara lain diskusi kelompok, studi kasus, simulasi, dan lain-lain sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.
   e. Penyajian hasil penugasan
   f. Umpan balik dan kesimpulan.

3. Praktek kerja lapangan
   Tujuan praktek kerja lapangan adalah agar peserta mendapat pengalaman belajar yang nyata dengan cara memberi kesempatan kepada peserta untuk mempraktekkan pengetahuan yang didapat yang berkaitan dengan Upaya Kesehatan Lanjut Usia .
   Lokasi praktek lapangan:
   a. Rumah Sakit
   b. Puskesmas Santun Lanjut Usia

4. Penyusunan Rencana Kegiatan Upaya Kesehatan Lanjut Usia
   Prinsip-prinsip dalam proses adalah sbb:
   a. Orientasi peserta meliputi latar belakang, kebutuhan dan harapan yang terkait dengan bidang tugas yang akan dilaksanakan setelah mengikuti pelatihan, memberi kesempatan belajar sambil berbuat (*learning by doing*) dan belajar atas pengalaman (*learning by experience*)
   b. Peran aktif peserta sesuai dengan pendekatan pembelajaran
   c. Pembinaan iklim yang demokratis dan dinamis untuk terciptanya komunikasi dari dan ke berbagai arah
   d. Pengalaman praktek kerja lapangan untuk membiasakan peserta melaksanakan tugasnya

VIII. EVALUASI DAN SERTIFIKASI

A. Evaluasi

1. Peserta
   Evaluasi dilakukan untuk mengetahui hasil pembelajaran dari peserta melalui post test (yang sebelumnya diawali dengan pre test) serta pengamatan dan penilaian selama proses pembelajaran
2. Fasilitator
   Evaluasi dilakukan untuk mengetahui kemampuan fasilitator dalam menyampaikan materi pembelajaran sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dapat dipahami oleh peserta

KEMENKES RI

3. Penyelenggaraan
Evaluasi dilakukan oleh peserta terhadap pelaksanaan pelatihan. Objek evaluasi adalah pelaksanaan administrasi dan akademis yang meliputi:
- Tujuan pelatihan
- Relevansi program pelatihan dengan tugas
- Manfaat setiap materi bagi pelaksanaan tugas peserta ditempat kerja
- Manfaat pelatihan bagi peserta/ instansi
- Hubungan peserta dengan pelaksana pelatihan
- Pelayanan sekretariat terhadap peserta
- Pelayanan akomodasi dan lainnya
- Pelayanan konsumsi
- Pelayanan komunikasi dan informasi.

B. Sertifikasi

Sertifikat diberikan kepada peserta yang telah mengikuti pelatihan minimal 95% dari keseluruhan jam pelajaran dan berperan aktif selama pelatihan, mendapatkan sertifikat dengan nilai sebesar 1 angka kredit. Untuk mendapatkan sertifikat pelatihan harus diakreditasi terlebih dahulu. Formulir akreditasi harus dikirim paling lambat 2 minggu sebelum pelatihan. Sertifikat untuk peserta pelatihan di tingkat Propinsi/Kabupaten ditanda tangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten.

Peserta yang tidak memenuhi standar kompetensi, tidak akan mendapatkan sertifikat yang terakreditasi

KEMENKES RI

IX. GARIS GARIS BESAR PROGRAM PEMBELAJARAN (GBPP)

MD. : **Puskesmas Santun Lanjut Usia**
Waktu : **2 Jpl (T : 2); Jpl; P : 0; PL : 0)**

Tujuan Pembelajaran Umum :
Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu memahami materi tentang Puskesmas Santun Lanjut Usia

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu menjelaskan: 1. Kebijakan Program Lanjut Usia 2. Pengertian Puskesmas Santun Lanjut Usia 3. Ciri-ciri Puskesmas Santun Lanjut Usia 4. Manajemen Puskesmas Santun Lanjut Usia 5. Kegiatan Puskesmas Santun Lanjut Usia 6. Indikator Puskesmas Santun Usia Lanjut	1. Pendahuluan 2. Kebijakan Program Kesehatan Lanjut Usia 3. Pengertian Puskesmas Santun Lanjut Usia 4. Ciri-ciri Puskesmas Santun Lanjut Usia 5. Manajemen **Puskesmas Santun Lanjut Usia** 6. Kegiatan Puskesmas Santun 7. Indikator Puskesmas Santun Lansia	Curah pendapat CTJ	Laptop LCD	1. Modul Pelatihan 2. Buku Pedoman Puskesmas Santun Lanjut Usia

KEMENKES RI

MI. 1 : Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri
Waktu : 4 JpI (T : 2; P : 2; PL : 0)

Tujuan Pembelajaran Umum :
Peserta mampu melakukan pengkajian paripurna pasien geriatri

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu : 1. Menjelaskan tentang Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri 2. Melakukan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri secara sederhana	1. Pengertian P3G 2. Spektrum model hubungan kerja antar disiplin 3. Telaah *cost effectiveness* P3G 4. Daya cadangan faali 5. Status fungsional, instrumen pengukuran status fungsional 6. Status mental dan kognitif 7. Dukungan sosial pasien geriatri 8. Pengkajian multidimensi pada P3Gdi klinik rawat jalan, ruang rawat akut, dan di rumah	• Curah pendapat • CTJ • Diskusi • Praktek pengisian instrumen	• Laptop • LCD • Whiteboard • Flipchart	1. Modul Pelatihan 2. Pedoman Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskes-mas

KEMENKES RI

MILIK PERPUSTAKAAN
KEMENTERIAN KESEHATAN

MI. 2 : SINDROMA GERIATRI
Waktu : 9 JpI (T:3; P:3 ; PL: 3)

Tujuan Pembelajaran Umum :
Peserta mampu menegakkan diagnosis dini dan penatalaksanaan awal terhadap sindrom geriatri

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu : 1. Menjelaskan pengertian dan jenis Sindroma Geriatri 2. Menjelaskan diagnosis dan tatalaksana awal Sindroma Geriatri 3. Menegakkan diagnosis dan penatalaksana an jenis-jenis Sindroma Geriatri yang sering dijumpai	1. Pengertian dan jenis sindroma geriatri 2. Diagnosis dan tatalaksana awal sindroma geriatri 3.Diagnosis dan penatalaksana an sindroma geriatric yang sering dijumpai a. Inkontinensia: b. Instabilitas postural & jatuh: c. Imobilisasi: d. Infeksi (Pneumonia dan ISK)	• Curah pendapat • CTJ • Simulasi kasus • Latihan kasus • Praktek kasus di lapangan	• Laptop • LCD • White-board • Flipchart • Petunjuk simulasi • Kit perawat-an luka • Kit dokter • Check list • KA PKL	Grey JE, Harding KG, Enoch S. Pressure ulcer. BMJ 2006;332:472-5. Evan LG, Williams TF, Beattie BL, Michel JP, Wilcock GK, eds. Oxford Textbook of Geriatric Medicine. New York: Oxford University Press. 2000. Pathy MSJ, Sinclair AJ, Morley JE. Eds. Principles and Practice of Geriatric Medicine. 4th ed. London: John Wiley & Sons, Ltd. 2006.

KEMENKES RI

MI. 3 : Penyakit Degeneratif dan Geripause
Waktu : 2 Jpl (T: 2 ; P: 0)

Tujuan Pembelajaran Umum :
Peserta mampu menjelaskan diagnosis dini dan penatalaksanaan awal dari penyakit degeneratif dan geripause

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu menjelaskan : 1. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana penyakit degeneratif pada lansia : • osteoartrosis • osteoporosis • diabetes melitus • penyakit jantung koroner • hipertensi • penyakit paru obstruktif kronik 2. Pengertian, diagnosis dan tatalaksana geripause 3. Kekhususan pengelolaan penyakit degeneratif pada populasi lanjut usia	**A. PENYAKIT DEGENERATIF:** 1. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana osteoartrosis 2. Epidemiologi , diagnosis dan tatalaksana osteoporosis 3. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksan DM 4. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana PJK 5. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana hipertensi 6. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana PPOK **B. GERIPAUSE:** 1. Pengertian Geripause 2. Pendekatan diagnosis dan tatalaksana geripause **C. Pengelolaan secara khusus penyakit degeneratif pada lanjut usia**	• Curah Pendapat • CTJ • Curah Pendapat • CTJ	• Laptop • LCD • White-board • Flipchart	1. Modul Pelatihan 2. Pedoman Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas

KEMENKES RI

MI 4 : Masalah Kesehatan Jiwa pada Lanjut Usia
Waktu : 6 JPL (T : 2; P: 2; PL : 2)

Tujuan Pembelajaran Umum:
Setelah menyelesaikan materi ini peserta mampu melakukan penatalaksanaan masalah kesehatan jiwa pada Lanjut Usia

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah menyelesaikan materi ini peserta mampu : 1. Mendeskripsikan gejala penyakit dan masalah mental emosional, pada Lanjut Usia 2. Mendeteksi gejala : depresi dan demensia dengan istrumen GDS dan AMT dan TMIG 3. Menjelaskan tata laksana awal dan melakukan rujukan untuk depresi, demensia dan insomnia 4. Melakukan edukasi, konseling sederhana Masalah kesehatan lanjut usia	1. Depresi pada Lanjut Usia : a. Gejala b. Cara deteksi c. Tatalaksana dan rujukan 2. Demensia dan gangguan perilaku a. Gejala b. Cara deteksi c. Tatalaksana dan rujukan 3 Insomnia dan sleep hygiene a. gejala b. cara deteksi c. tatalaksana dan rujukan 4. Konseling	CTJ, Simulasi Praktek lapangan : Pengisian instrumen AMT, GDS dan TMIG	*White board* *OHP* *Flipchart* *LCD* *Laptop* Layar Transparan Spidol Lembar GDS dan AMT *lembar TMIG* *Petunjuk simulasi KA PL*	1. Modul Pelatihan 2. Pedoman Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas 3. Buku-buku tentang Kesehatan Jiwa pada Lanjut Usia

KEMENKES RI

MI 5 : Masalah Kesehatan Gigi dan Mulut pada Lanjut Usia
Waktu : 2 Jpl (T : 2; P : 0; PL : 0)

Tujuan Pembelajaran Umum :
Setelah mengikiti materi ini peserta mampu memahami tentang masalah kesehatan gigi dan mulut bagi lanjut usia yang dilakukan di puskesmas.

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah mempelajari materi ini peserta mampu menjelaskan tentang 1. Pencegahan penyakit gigi dan mulut pada lanjut usia 2. Diagnosis dan Tatalaksana penyakit gigi dan mulut pada lanjut usia	1. Pencegahan a. Cara menyikat gigi yang baik dan benar serta waktu menyikat gigi. b. Menggunakan alat-alat bantu pembersih gigi. c. Makanan yang berpengaruh merusak gigi. d. Makanan yang baik untuk mendukung kesehatan gigi e. Periksa gigi secara teratur. 2. Diagnosis dan Penatalaksanaan penyakit gigi dan mulut pada lansia	- Curah pendapat - CTJ - Demonstrasi	LCD Lembar Balik Panthom	• Modul Pelatihan • Buku Pedoman Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat, Cet III Jakarta, Depkes 2004. • Buku Pedoman Penyelenggaraan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah, Depkes 2004. • Buku Pedoman Pengobatan Dasar Di Puskesmas, Depkes 2007. • Standar Pelayanan Medis Kedokteran Gigi Indonesia, PDGI, 1999. • Scully C, Cawson R.A, Alih Bahasa Yuwono L, Atlas Kedokteran Gigi : Penyakit Mulut, Cet. II

KEMENKES RI

MI 6 : GIZI PADA LANJUT USIA
WAKTU : 6 jpl (T : 2 ; P : 3 ; PL :1)

Tujuan Pembelajaran Umum:
Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu melakukan penatalaksanaan gizi pada Lanjut Usia

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu menjelaskan: 1. Perubahan-perubahan fisiologik pada masa Lanjut Usiasecara umum 2. Penilaian status gizi pada Lanjut Usia khususnya MNA. 3. Komposisi tubuh pada Lanjut Usia 4. Masalah gizi pada Lanjut Usia 5. Dasar-dasar perhitungan kebutuhan dan kecukupan energi dan nutrien pada masa Lanjut Usia 6. Merujuk	1. Perubahan fisiologik pada Lanjut Usia a. Perubahan fungsi organ b. Perubahan aktivitas fisik c. Perubahan komposisi tubuh 2. Penilaian status gizi pada Lanjut Usia a. Pengertian status gizi b. Cara penilaian status gizi 3. Masalah gizi pada lanjut usia a. Kurang energi kronik/KEK b. Obesitas c. Anemia 4. Dasar-dasar perhitungan kebutuhan dan kecukupan energi dan nutrien pada lanjut usia a. Cara perhitungan kebutuhan energi (karbohidrat, lemak, protein dan mikronutrien individu) b. Cara perhitungan kebutuhan cairan c. Angka kecukupan gizi, vitamin dan mineral.	Curah pendapat CTJ Diskusi kasus Praktek pengisian MNA	LCD Laptop Lembar kasus KA PKL	1. Modul pelatihan 2. Pedoman Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas 3. Krause's Food & Nutrition Therapy 12th ed., 2008 – Mahan & Escott-Stump 4. Modern Nutrition in Health and Disease 10th ed., 2006 – Shils et al 5. Present Knowledge in Nutrition 9th ed., 2006,Bowman & Russell 6. Principles of Nutritional Assessment 2nd ed 2005 Gibson

KEMENKES RI

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
	5. Dasar-dasar perhitungan kebutuhan energi dan nutrien pada malnutrisi dan berbagai penyakit yang berhubungan dengan gizi: a. Diabetes mellitus/DM b. Hipertensi c. Penyakit jantung koroner/PJK d. Penyakit paru obstruktif kronik/PPOK e. Gout 6. Cara pengisian formulir MNA			

KEMENKES RI

MI. 7 : Aktifitas Fisik dan Latihan Fisik pada Lanjut Usia
Waktu : 4 jpl (T = 2 jpl; P= 2 jpl; PL= 0 jpl)

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM:
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu membimbing Lanjut Usia dalam melakukan aktivitas fisik dan latihan fisik dalam meningkatkan derajat kesehatan dan kebugaran jasmani pada Lanjut Usia.

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu : 1. Menyebutkan jenis aktivitas fisik dan latihan fisik bagi Lanjut Usia 2. Menjelaskan manfaat aktivitas fisik dan latihan fisik bagi Lanjut Usia 3. Menjelaskan latihan fisik yang baik, benar, terukur, dan teratur bagi Lanjut Usia 4. Memberi contoh gerakan latihan fisik bagi Lanjut Usia 5. Memotivasi Lanjut Usiauntuk bergerak agar hidup aktif	1. Definisi terkait Kesehatan dan Aktivitas Fisik bagi Lanjut Usia 2. Klasifikasi Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik bagi Lanjut Usia 3. Manfaat Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik bagi Lanjut Usia 4. Komponen Kebugaran Jasmani bagi Lanjut Usia 5. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan bagi Lanjut Usia 6. Persiapan Sebelum Latihan Fisik bagi Lanjut Usia 7. Kaidah dan Tahapan Latihan Fisik bagi Lanjut Usia 8. Jenis Latihan Fisik yang Tidak Dianjurkan bagi Lanjut Usia	Ceramah Diskusi Tanya-jawab Praktek	1. White board 2. LCD 3. Laptop 4. Alat tulis 5. Modul, 6. Lembar tugas	1. Pedoman Pembinaan Kesehatan Lanjut Usiabagi Petugas Kesehatan, Depkes RI, 2001 2. Pedoman Kesehatan Olahraga, Proyek Strengthening of Community Urban Health, Kerja sama Pemerintah Spanyol dan Depkes RI, 2002 3. Panduan Kesehatan Olahraga bagi Petugas Kesehatan "Ayo Bergerak dan Berolahraga", Depkes RI, 2002 4. Materi dari Fifth International Course Physical Activity & Public Health, Kuala Lumpur 5. Pedoman Upaya Kesehatan Olahraga di Puskesmas, Depkes RI, 06

KEMENKES RI

MI 8 : Rehabilitasi Medik pada Lanjut Usia
WAKTU : 6 JPL (T = 2, P = 0 ; PL = 4)

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM:
Setelah menyelesaikan modul ini, peserta pelatihan mampu melaksanakan Rehabilitasi Medis primer pada pasien lanjut usia di Puskesmas

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah menyelesaikan materi ini peserta mampu melakukan : 1. Pendekatan diagnostik, mengelola terapi kasus sederhana, dan mengelola masalah gangguan lingkup gerak sendi 2. Tatalaksana latihan kekuatan otot anggota gerak atas dan bawah 3. Pendekatan diagnostik, mengelola terapi kasus sederhana, dan merujuk masalah gangguan pengaturan posisi tubuh, mobilisasi dan latihan berpindah tempat 4. Melakukan pendekatan diagnostik, mengelola terapi kasus sederhana, dan merujuk masalah gangguan jalan dan penggunaan alat bantu jalan 5. Pendekatan diagnostik, mengelola terapi kasus sederhana, dan merujuk masalah gangguan aktivitas kehidupan sehari-hari 6. Edukasi terhadap pasien, keluarga, dan pelaku rawat tentang masalah adaptasi keluarga dan adaptasi lingkungan	1. Tatalaksana Lingkup Gerak Sendi 2. Tatalaksana latihan kekuatan otot anggota gerak atas da bawah 3. Pengaturan Posisi Tubuh, Mobilisasi dan Latihan Berpindah Tempat (Transfer) 4. Latihan Jalan dan Penggunaan Alat Bantu Jalan 5. Aktifitas Kehidupan Sehari-hari 6. Melatih Pelaku Rawat dan Adaptasi Lingkungan	Curah pendapat CTJ Praktek : 1. Demonstrasi 2. Simulasi 3. Studi Kasus	*White board* *OHP* *Flipchart* *LCD* *Laptop* *Layar* *spidol* *goniometer* *alat bantu jalan :* *1. Walker* *2. Tongkat* *3. Kursi Roda* *4. Tempat tidur*	• Modul Pelatihan • Pedoman Pelayanan Kesehatan lanjut Usia di Puskesmas • Buku- buku tentang Rehabilitasi Medik pada Lanjut Usia • Modul Pelatihan

KEMENKES RI

MI. 9 : ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA
WAKTU : 5 jpl (T = 2 jpl; P =1 jpl; PL = 2jpl)

Tujuan Pembelajaran Umum :
Setelah menyelesaikan materi pada modul ini, diharapkan peserta mampu melakukan pelayanan keperawatan kesehatan lansia di rumah

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
1. Menjelaskan konsep keperawatan kesehatan lansia di rumah 2. Menjelaskan manajemen kasus pada pelayana keperawatan di rumah 3. Menjelaskan asuhan keperawatn keluarga dan kelompok dengan masalah lansia 4. Menerapkan Proses keperawatan keluarga dengan Lansia di rumah	1. Pengantar Keperawatan Kesehatan di Rumah a. Pengertian b. Tujuan c. Ruang lingkup pelayanan d. Tim Pemberi Pelayanan Keperawatan Kesehatan di rumah e. Peran Perawat dalam Keperawatan Kesehatan di Rumah 2. Managemen Kasus Pada Pelayanan Keperawatan Kesehatan di Rumah a. Pengertian b. Proses Managemen Kasus 3. Asuhan Keperawatan keluarga dengan masalah Lansia a. Mekanisme kunjungan rumah dalam Pelayanan Keperawatan keluarga dengan masalah Lansia di rumah b. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam Pelayanan Keperawatan keluarga dengan Lansia di rumah c. Proses Keperawatan Lansia di Rumah d. Pelayanan keperawatan pada kelompok lanjut usia.	• Curah pendapat • CTJ • Latihan kasus • Praktek lapangan	• Laptop • LCD • White-board • Flipchart • Petunjuk latihan kasus • Form Askep • KA PKL	1. Clark, Mary Jo (1999), ***Nursing in the Community, imensions of Community Health Nursing.*** Third Edition. Appleton & Lange : California 2. Cohen, E. L., Cesta, T. G (2001). ***Nursing case management: from essentials to advanced practice applications*** (4th ed.). Philadelphia: Elsevier. 3. Depkes. RI (2007) Panduan Keperawatan Kesehatan di rumah 4. Depkes. RI (2008) Modul Pelayanan Keperawatan Kesehatan Lansia di Rumah 5. Rice, Robyn (1996). ***Home Health Nursing Practice, Concepts & Application.*** Second Edition. Mosby Year Book Inc : St. Louis.

KEMENKES RI

MATERI PENUNJANG 1
MEMBANGUN KOMITMEN PEMBELAJARAN

Waktu : 2 jpl (T = 0 jpl; P= 2 jpl; PL= 0 jpl)

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah proses pembelajaran pembelajar diharapkan mampu dengan sadar menyepakati (komitmen) secara bersama – sama untuk berusaha mencapai tujuan pembelajaran seperti yang diamanatkan kurikulum pelatihan

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah proses pembelajaran : a. Setiap pembelajar mengenal lingkungan belajar. b. Setiap pembelajar mengenal teman belajar c. Pembelajar dapat menyatu dengan teman. d. Pembelajar secara bersama membangun komunitas belajar. e. Pembelajar secara bersama membuat dan melengkapi norma komunitas	1. Mengenal lingkungan belajar 2. Mengenal teman belajar 3. Menyatu dengan teman 4. Membangun komitmen belajar 5. Melengkapi norma komunitas	• CTJ • Bermain peran • Permai-nan	o Laptop o LCD o Flip Chart o Lembar isian o Kertas/ alat permai-nan	• Modul pelatihan

KEMENKES RI

MATERI PENUNJANG 2
PENCATATAN DAN PELAPORAN

Waktu : 2 jpl (T = 1 jpl; P= 1 jpl; PL= 0 jpl)

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu melaksanakan pencatatan dan pelaporan program kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi
Setelah menyelesaikan materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan Pengertian, tujuan, manfaat pencatatan dan pelaporan 2. Melakukan Pencatatan dan Pelaporan Program Kesehatan Lanjut Usia 3. Melakukan pengisian KMS Lanjut Usia	1. Pengertian, tujuan, manfaat pencatatan dan pelaporan 2. Pencatatan dan Pelaporan Kesehatan Lanjut Usia 3. Pengisian KMS Lansia	Curah pendapat Ceramah Tanya jawab Praktek pengisian form pencatatan pelaporan dan KMS	Laptop LCD Form pencatatan, pelaporan dan KMS Petunjuk pengisian form Pensil, penghapus Penggaris segitiga KMS yang diperbesar Data-data program kes. Lansia di Puskes-mas masing-masing Lembar kasus	1. Pedoman Puskesmas Santun Lanjut Usia 2. Pedoman Pengelolaan Kegiatan Kesehatan di Kelompok Lanjut Usia 3. Pedoman Pembinaan Program Kesehatan Lanjut Usia

KEMENKES RI

MATERI DASAR
PUSKESMAS SANTUN LANJUT USIA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Puskesmas Santun Lanjut Usia adalah Puskesmas yang melakukan pelayanan kepada lanjut usia dengan mengutamakan aspek promotif dan preventif di samping aspek kuratif dan rehabilitatif, secara proaktif, baik dan sopan serta memberikan kemudahan dan dukungan bagi lanjut usia dengan menyediakan sarana pelayanan yang mudah diakses oleh lanjut usia seperti ruang pemeriksaan khusus, antrian khusus di loket dan ruang tunggu yang ramah terhadap lanjut usia.

Dalam pelaksanaannya Puskesmas Santun Lanjut Usia juga melakukan pelayanan kesehatan lain yang merupakan upaya kesehatan wajib Puskesmas atau upaya kesehatan pengembangan lainnya, serta mempunyai salah satu program unggulan yaitu Puskesmas Santun Lanjut Usia.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum (TPU):
Setelah menyelesaikan materi ini, peserta mampu memahami tentang Puskesmas Santun Lanjut Usia

B. Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK) :
Setelah menyelesaikan materi ini, peserta mampu menjelaskan tentang :
1. Kebijakan Program Lanjut Usia
2. Pengertian dan Ciri-ciri Puskesmas Santun Lanjut Usia
3. Manajemen Puskesmas Santun Lanjut Usia
4. Kegiatan Puskesmas Santun Lanjut Usia
5. Indikator Puskesmas Santun Lanjut Usia

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

1. Kebijakan Program Lanjut Usia
2. Pengertian dan ciri-ciri Puskesmas Santun Lanjut Usia
3. Manajemen Puskesmas Santun Lanjut Usia
4. Kegiatan Puskesmas Santun Lanjut Usia
5. Indikator Puskesmas Santun Lanjut Usia untuk Monitoring dan Evaluasi

IV. BAHAN BELAJAR DAN REFERENSI

1. Modul Pelatihan
2. Pedoman Puskesmas Santun Lanjut Usia untuk Tenaga Kesehatan
3. Pedoman Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas

V. LANGKAH LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Langkah 1 : Pengkondisian

- Fasilitatator memperkenalkan diri

KEMENKES RI

- Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran umum dan tujuan Pembelajaran khusus
- Fasilitatator melakukan curah pendapat pengetahuan peserta tentang Puskesmas Santun Lanjut Usia

Langkah 2. Berbagi pengalaman

- Fasilitator meminta 2 – 3 orang peserta menceritakan pengalaman dalam penyelenggaraan Puskesmas Santun Lanjut Usia
- Peserta yang lain diminta untuk menanggapi
- Fasilitator mencatat kata-kata kunci yang disampaiakan berdasarkan pengalaman maupun tanggapan peserta

Langkah 3 : Membahas Pokok Bahasan

- Fasilitatator menyampaikan materi tentang Puskesmas Santun Lanjut Usia
- Fasilitator mengaitkan materi dengan kata kunci yang diperoleh pada langkah 2
- Fasilitator meminta peserta untuk menanggapi materi yang disajikan dan meminta peserta lain untuk menanggpai
- Fasilitator menyimpulkan pertanyaan dan jawaban yang disampaikan oleh peserta.

Langkah 4. Rangkuman

- Fasilitator menyimpulkan materi ini dan keterkaitannya dengan materi yang akan dipelajari pada pelatihan ini

VI. URAIAN MATERI : PUSKESMAS SANTUN LANJUT USIA

A. PENDAHULUAN

Salah satu indikator keberhasilan Pembangunan Kesehatan di Indonesia adalah meningkatnya Usia Harapan Hidup manusia Indonesia dimana pada RPJMN Kemenkes tahun 2014 diharapkan terjadi peningkatan dari 70,6 tahun menjadi 72 tahun. Dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup, maka populasi penduduk lanjut usia juga mengalami peningkatan sangat bermakna.

Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2010 diprediksi mencapai 233,477 juta jiwa, Proporsi penduduk lanjut usia (> 60 tahun) pada tahun 2010 diperkirakan mencapai 19,04 juta dan pada tahun 2014 diperkirakan mencapai 22,18 juta jiwa atau 9,06 % dari jumlah penduduk 244,81 juta jiwa Pada tahun 2020 diperkirakan jumlah penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia, sebesar 28,98 juta jiwa dari 261 juta jumlah penduduk (sumber: BPS, Proyeksi Penduduk tahun 2010 -2025). Secara alami proses menjadi tua mengakibatkan para lanjut usia mengalami kemunduran fisik dan mental. Makin lanjut usia seseorang makin banyak ia mengalami permasalahan baik fisik, mental, spiritual, ekonomi dan sosial. Salah satu permasalahan yang sangat mendasar pada lanjut usia adalah masalah kesehatan sehingga diperlukan upaya menyeluruh untuk meningkatkan kesehatan pada masyarakat khususnya kelompok pra lanjut usia dan lanjut usia serta upaya pembinaan yang terus menerus.

KEMENKES RI

B. KEBIJAKAN PROGRAM KESEHATAN LANJUT USIA

Program kesehatan lanjut usia di Puskesmas dilaksanakan secara komprehensif yang meliputi aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Program yang dilaksanakan dimulai dari pembinaan yang ditujukan untuk peningkatan kesehatan dan kemampuan untuk mandiri dengan memberdayakan masyarakat, peran serta aktif keluarga dan masyarakat, Pembinaan dilakukan dengan pendekatan secara meyeluruh yang dilaksanakan secara terpadu LP/LS, LSM dan swasta. Pelayanan dilakukan mulai dari pelayanan dasar dengan system rujukan yang berkualitas untuk melakukan pengobatan dasar dan rehabilitasi dasar di Puskesmas dan rehabilitasi lanjutan di Rumah Sakit

Kebijakan Pembinaan Kesehatan Lanjut Usia

1. Pembinaan kesehatan lanjut usia dilaksanakan dengan manajemen yang baik dan berkesinambungan melalui pendekatan kesehatan (*Health Approach*)
2. Pembinaan program kesehatan lanjut usia terutama ditujukan pada upaya peningkatan kesehatan dan kemampuan untuk mandiri agar selama mungkin tetap produktif dan tetap berperan aktif dalam masyarakat.
3. Pembinaan program kesehatan lanjut usia dilaksanakan sebagai bagian dari upaya kesehatan keluarga melalui pelayanan kesehatan di tingkat pelayanan dasar dan rujukannya.
4. Pembinaan kesehatan lanjut usia dilaksanakan melalui pendekatan holistik yaitu pendekatan terpadu yang berlainan dengan pendekatan multidispliner, yaitu spesialis mengobati lansia secara tim dan bukan lansia berkonsultasi kepada masing-masing spesialis. Hal tersebut berguna untuk mengurangi polifarmasi.
5. Upaya pembinaan kesehatan lanjut usia dilaksanakan secara terpadu dengan meningkatkan peran lintas program dan lintas sektor.
6. Upaya promotif dan preventif dalam penyelenggaraan pembinaan kesehatan lanjut usia dilaksanakan secara komprehensif bersama-sama dengan upaya kuratif dan rehabilitatif.
7. Peningkatan peran serta aktif masyarakat termasuk swasta dan partisipasi lanjut usia sendiri diarahkan dan dilakukan atas dasar kekeluargaan dan kegotong royongan serta dibina oleh pemerintah pada semua tingkat administrasi.
8. Partisipasi aktif masyarakat diharapkan seperti pendataan, pemanfaatan pelayanan, pengenalan dini masalah kesehatan pada lanjut usia, pengaturan transportasi dan pendanaan bagi rujukan yang diperlukan.
9. Pelayanan kesehatan lanjut usia dilaksanakan dengan menerapkan kendali mutu pelayanan di setiap jenjang, dan penerapan standar pelayanan.

KEMENKES RI

10. Pembinaan kesehatan lanjut usia dilakukan sesuai dengan situasi, kondisi serta kebutuhan daerah setempat.

Strategi yang diterapkan untuk mencapai lansia yang sehat adalah
1. Memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat dan mandiri di Lanjut Usia
2. Meningkatkan akses masy. Lansia untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas
3. Menjalin kemitraan dan kerjasama dengan lintas program, lintas sector, organisasi profesi, instutisi pendidikan, LSM dan swasta untuk pengembangan program
4. Meningkatkan sosialisasi, advokasi dan komunikasi
5. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM yang terlibat dalam upaya kes. Lansia
6. Mengupayakan anggaran dari pemerintah, swasta dan masyarakat Program Kesehatan lanjut Usia di Puskesmas dilaksanakan dengan mengembangkan Puskesmas Santun Lanjut Usia sebagai salah satu program pengembangan di Puskesmas, disamping upaya kesehatan wajib lainnya

C. PENGERTIAN DAN CIRI-CIRI PUSKESMAS SANTUN LANJUT USIA

Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai UPT Dinas Kesehatan Kab/Kota Puskesmas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan Kab/Kota

Puskesmas Santun Lanjut Usia adalah *Puskesmas yang melakukan pelayanan kepada Lanjut Usia dengan mengutamakan aspek promotif dan preventif di samping aspek kuratif dan rehabilitatif, secara proaktif, baik dan sopan serta memberikan kemudahan dan dukungan bagi Lanjut Usia,*

Puskesmas yang santun Lanjut Usia mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

1. **Memberikan pelayanan yang baik, berkualitas dan sopan.** Lanjut Usia sebagai kelompok umur yang kemampuan fisiknya sangat terbatas dibandingkan dengan kelompok umur lainnya, kerap kali mempunyai kebutuhan pelayanan yang berbeda dengan kelompok umur lainnya. Lanjut Usia yang mempunyai gerak yang lamban. Kesiapan petugas Puskesmas dalam pelayanan perlu diperhatikan antara lain :

   a. Kesabaran di dalam menghadapi Lanjut Usia .

KEMENKES RI

b. Kemauan dan kemampuan untuk memberikan penjelasan secara tuntas.
c. Melayani kebutuhan pelayanan kesehatan Lanjut Usia sesuai dengan prosedur pelayanan yang berlaku.
d. Menghargai Lanjut Usia dengan memberikan pelayanan dengan sopan dan santun

2. Memberikan kemudahan dalam pelayanan kepada Lanjut Usia

Kemudahan pelayanan bagi Lanjut Usia dibutuhkan karena pada kenyataannya kondisi fisiknya Lanjut Usia seringkali membutuhkan perhatian dan prioritas dalam penanganannya seperti didahulukan dari kelompok umur lainnya untuk menghindari antrian yang berdesakan.

Kemudahan lain yang bisa diberikan kepada lanjut usia adalah Puskesmas dapat memberikan pelayanan melalui loket pendaftaran tersendiri atau antrian loket khusus untuk lansia, ruang pemeriksaan/ konseling yang terpisah dengan kelompok umur lainya, ruang tunggu dengan tempat duduk khusus (ramah lansia), kamar mandi atau toilet yang aman buat lanjut usia serta akses jalan atau koridor yang aman bagi lanjut usia. Semua fasilitas ini dapat disesuaikan dengan kondisi setempat.

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

Mengingat Lanjut Usia kebanyakan sudah pensiun atau tidak bekerja lagi, seringkali mereka mempunyai keterbatasan dalam pendanaan, baik dalam mencukupi biaya hidup ataupun dalam menyediakan dana bagi kebutuhan kesehatannya. Olah karena itu bagi para Lanjut Usia yang tidak mampu atau terlantar, perlu diberikan keringan ataupun penghapusan biaya pelayanan di Puskesmas sesuai ketentuan yang berlaku. Untuk mendapatkan fasilitas Jamkesmas maka lanjut usia harus mendapat prioritas dan difasilitasi oleh Puskesmas untuk medapatkan kartu Jamkesmas tersebut.

4. Memberikan dukungan/ bimbingan pada Lanjut Usia dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, agar tetap sehat dan mandiri.

Dukungan/ bimbingan yang diberikan pada Lanjut Usia dapat dijabarkan sebagai berikut :

- Melakukan penyuluhan kesehatan dan gizi kepada Lanjut Usia untuk tetap berperilaku sehat, agar dapat lebih meningkatkan kesehatannya.

KEMENKES RI

- Menganjurkan untuk tetap melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kemampuannya serta menjaga kebugarannya secara rutin, antara lain dengan berolah raga / senam Lanjut Usia .
- Menganjurkan untuk tetap melakukan dan mengembangkan hobi atau kemampuannya, terutama bagi aktivitas yang merupakan usaha ekonomi produktif.
- Menganjurkan untuk melakukan aktivitas-aktivitas secara bersama dengan Lanjut Usia lainnya melalui Kelompok Lanjut Usia di masyarakat, antara lain dalam kegiatan keagamaan, kesenian, rekreasi. Dengan kegiatan tersebut diharapkan akan dapat merasakan kebersamaan dan saling berbagi pengalaman.

5. **Melakukan pelayanan secara pro-aktif untuk dapat menjangkau sebanyak mungkin sasaran Lanjut Usia yang ada di wilayah kerja Puskesmas.**

   Sesuai dengan fungsinya sebagai unit terdepan dalam melakukan pembinaan kesehatan masyarakat, maka dalam pembinaan dan pelayanan kesehatan kapada Lanjut Usia , tidak saja dilakukan hanya dengan melayani para Lanjut Usia yang berkunjung ke Puskesmas, tetapi juga membentuk, memfasilitasi pembentukan dan melakukan pembinaan kepada Kelompok Lanjut Usia di wilayah kerja Puskesmas. Kegiatan di kelompok Lanjut Usia ini diantaranya adalah deteksi dini, pemeriksaan kesehatan dan pengobatan kepada Lanjut Usia pada saat kegiatan kelompok (Posyandu, Posbindu, Karang Wredha dll).

   Bagi Lanjut Usia yang mendapat perawatan di rumah sakit, sebagai tindak lanjut pengobatan kepada Lanjut Usia sakit yang dirawat di rumah, maka petugas Puskesmas diharapkan mampu melaksanakan kunjungan rumah untuk melaksanakan program perawatan kesehatan masyarakat. Kegiatan lain pelayanan kesehatan Lanjut Usia adalah melalui kegiatan Puskesmas Keliling atau kunjungan luar gedung untuk kegiatan lain yang berhubungan dengan kesehatan lanjut usia

6. **Melakukan kerjasama dengan lintas program dan lintas sektor terkait di tingkat kecamatan dengan asas kemitraan, untuk bersama-sama melakukan pembinaan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup Lanjut Usia .**

   Pembinaan Lanjut Usia khususnya dalam pembinaan kesehatan, kadang-kadang memerlukan peran program dan sektor lain untuk membantu keberhasilan pembinaan tersebut. Misalnya dalam kaitan kesehatan mental dan sosial atau peningkatan peran keluarga dan masyarakat dalam pemberdayaan Lanjut Usia .

KEMENKES RI

Sesuai dengan asas kemitraan yang dianut dalam melaksanakan kerjasama dengan lintas sektor terkait di tingkat kecamatan/desa, Puskesmas bersama sektor terkait melakukan koordinasi dan menggalang kerjasama pada setiap kesempatan. Upaya ini dilaksanakan dengan membentuk tim kelompok kerja tetap di tingkat kecamatan atau tim pelaksana pembinaan di tingkat kelurahan dengan Kepala wilayah sebagai penanggung jawab.

D. MANAJEMEN PUSKESMAS SANTUN LANJUT USIA

Pelaksanaan suatu kegiatan perlu mengacu kepada prinsip-prinsip manajemen yang berlaku. Demikian juga halnya dengan pelaksanaan kegiatan di Puskesmas Santun Lanjut Usia . Manajemen yang dimaksudkan adalah bahwa semua kegiatan akan melalui tahap-tahap perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Diharapkan dengan perencanaan yang baik, pelaksanaan yang terarah serta monitoring dan evaluasi yang baik, semua kegiatan akan dapat berhasil optimal dan sesuai target yang ditentukan.

1. Perencanaan

Di dalam menentukan kegiatan pembinaan kesehatan Lanjut Usia melalui Startegi Puskesmas Santun Lanjut Usia , tahap-tahap yang perlu dilakukan adalah :

a. Kesepakatan di antara staf Puskesmas tentang pembinaan kesehatan Lanjut Usia meliputi siapa penangung jawab, koordinator dan pelaksana kegiatan pelayanan kesehatan Lanjut Usia .
b. Pengumpulan data dasar, peta lokasi Lanjut Usia dan sumber daya pendukung kegiatan
c. Melakukan pendekatan dan kerjasama dengan lintas sektor di tingkat kecamatan/ desa/ kelurahan. Ini diperlukan utuk memberikan informasi tentang pelayanan kesehatan Lanjut Usia yang akan dilakukan oleh Puskesmas dan menjelaskan peran sektor terkait yang dapat dilakukan dalam pembinaan kesehatan Lanjut Usia .

2. Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan pelayanan melalui Strategi Puskesmas Santun Lanjut Usia , diberlakukan prosedur yang memberikan kemudahan dan kenyaman para Lanjut Usia , antara lain :

a. Adanya loket khusus
b. Adanya ruang pelayanan khusus dan semua fasilitas yang memudahkan para Lanjut Usia untuk mendapatkan pelayanan (kursi khusus untuk Lanjut Usia , koridor dengan pegangan, tangga dengan pegangan dan tidak terlalu terjal, toilet dengan pegangan dll).

KEMENKES RI

Adapun kegiatan pelayanan bagi Lanjut Usia meliputi :

a. **Kegiatan Promotif**
Kegiatan promotif dilakukan kepada Lanjut Usia , keluarga ataupum masyarakat disekitarnya, antara lain berupa penyuluhan tentang perilaku hidup sehat, gizi untuk Lanjut Usia , proses degeneratif seperti katarak, presbikusis dll, upaya meningkatkan kebugaran jasmani, pemeliharaan kemandirian serta produktivitas Lanjut Usia .

b. **Kegiatan preventif**
Kegiatan ini bertujuan untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penyakit dan komplikasinya akibat proses degeneratif. Kegiastan berupa deteksi dini dan pemantauan kesehatan Lanjut Usia yang dapat dilakukan di Kelompok Lanjut Usia atau Puskesmas dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) Lanjut Usia.

c. **Kegiatan kuratif**
Kegiatan pengobatan ringan bagi Lanjut Usia yang sakit bila dimungkinkan dapat dilakukan di Kelompok Lanjut Usia . Pengobatan lebih lanjut ataupun perawatan bagi Lanjut Usia yang sakit dapat dilakukan di fasilitas pelayanan seperti Puskesmas Pembantu, Puskesmas ataupun di Pondok Bersalin di Desa. Bila sakit yang diderita Lanjut Usia membutuhkan penanganan dengan fasilitas yang lebih lengkap, maka dilakukan rujukan ke Rumah Sakit setempat.

d. **Kegiatan rehabilitatif**
Upaya rehabilitatif ini dapat berupa upaya medis, psikososial, edukatif maupun upaya-upaya lain yang dapat semaksimal mungkin mengembalikan kemampuan fungsional dan kepercayaan diri Lanjut Usia .

Semua kegiatan yang dilakukan dapat diintegrasikan dengan program-program dan sektor terkait dengan harapan penanganannya akan lebih komprehensif sehingga memberikan hasil yang lebih baik.

3. **Monitoring dan Evaluasi**
Kegiatan monitoring dilakukan melalui pencatatam dan pelaporan yang berlaku atau pengamatan langsung, untuk melihat apakah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang ditetapkan dan keberhasilan kegiatan, di samping melihat hambatan/ masalah yang timbul serta kinerja pelaksana baik petugas Puskesmas maupun kader. Upaya ini dilakukan juga agar terjadi kesinambungan kegiatan dan peningkatannya.

KEMENKES RI

Evaluasi kegiatan dilakukan melalui pemanfaatan data hasil pencatatan dan pelaporan, pengamatan langsung ataupun dengan melakukan studi dan atau penelitian khusus untuk melakukan pengembangan kegiatan selanjutnya.

Instrumen monitoring dan evaluasi yang dipergunakan adalah formulir pencatatan kegiatan dari kelompok dan Puskesmas serta umpan balik laporan dari Kabupaten/Kota.

E. KEGIATAN PUSKESMAS SANTUN LANJUT USIA

Kegiatan yang dilakukan di Puskesmas santun Lanjut Usia pada prinsipnya sama dengan kegiatan yang dilakukan di Puskesmas pada umumnya. Kegiatannya dilakukan didalam gedung dan di luar gedung

1. Kegiatan yang dilaksanakan dalam gedung adalah:
   a. Perencanaan :
      - Pengumpulan data dasar melalui pendataan sasaran lanjut usia dan melakukan pemetaan
      - Pendekatan dan kerja sama dengan lintas sektor dan masyarakat
   b. Pelaksanaan
      - Promotif : Penyuluhan kepada lanjut usia, keluarga atau masyarakat disekitarnya
      - Preventif : Deteksi dini dan pemantauan kesehatan lanjut usia dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS)
      - Kuratif : Pengobatan dan perawatan bagi lanjut usia yang sakit. Bila dibutuhkan penanganan dengan fasilitas yang lebih lengkap, dilakukan rujukan ke Rumah Sakit
      - Rehabilitatif: dapat berupa upaya medis, psikososial, edukatif atau upaya lain yang dapat mengemblikan secara optimal kemampuan fungsional dan kepercayaan diri lanjut usia
   c. Monitoring dan evaluasi: melalui pencatatan dan pelaporan atau pengamatan langsung

2. Untuk kegiatan di luar gedung, sebagai bentuk implementasi dari pelayanan yang proaktif dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan di kelompok lanjut usia (Posyandu Lansia). Pelayanan yang diberikan di Posyandu Lansia meliputi pemeriksaan fisik dan mental emosional dengan menggunakan kartu menuju sehat (KMS) Lanjut usia

KEMENKES RI

sebagai alat pencatat dan pemantau untuk mengetahui lebih awal penyakit yang diderita (deteksi dini).

Jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada lanjut usia di kelompok lansia adalah:

a. Pemeriksaan aktifitas kegiatan sehari-hari (*activity of daily living*)
b. Pemeriksaan status mental
c. Pemeriksaan status gizi
d. Pemeriksaan fisik secara umum (TD,nadi, nafas, dll)
e. Pemeriksaan laboratorium sederhana
f. Penyuluhan kesehatan
g. Konsultasi kesehatan
h. Rujukan
i. Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas bagi anggota kelompok lanjut usia yang tidak datang
j. Kegiatan lain seperti senam, pemberian makanan tambahan, dll

Pengelolaan dan penyelenggaraan kegiatan di kelompok lanjut usia ini dilaksanakan sebagai salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat dan sangat tergantung dari peran serta masyarakat.

3. Program Asuhan Rumah

Tujuan program asuhan rumah adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan pada pasien berusia lanjut yang tidak mampu secara fungsional untuk mandiri di rumah namun tidak terdapat indikasi untuk dirawat di rumah sakit dan secara teknis sulit untuk berobat jalan di Puskesmas.

Secara umum harus dilakukan kunjungan awal untuk melakukan pengkajian mengenai status medik pasca-rawat dan status fungsional.

a. Pengkajian kondisi psikologik dan faal kognitif pasien.
b. Pengkajian obat-obatan yang dikonsumsi pasien.
c. Pengkajian konsumsi makanan dan cairan.
d. Pengkajian penggunaan perlengkapan rumah tangga.
e. Pengkajian kondisi keamanan lingkungan rumah (tangga, bebatuan, licin, undakan, kompor, kondisi kamar mandi, pegangan)
f. Pengkajian emosional pelaku rawat.
g. Pengkajian dukungan keluarga/ pelaku rawat.

Setelah ditetapkan hasil pengkajian secara menyeluruh, direncanakan program selanjutnya sesuai dengan temuan pada tahap awal kunjungan rumah. Program yang direkomendasikan

KEMENKES RI

mengacu kepada kebutuhan pasien berupa:
a. Obat-obatan yang masih harus dikonsumsi
b. Asupan makanan (jenis dan bentuk)
c. Asupan cairan (termasuk cara masuk cairan)
d. Aktivitas jasmani
e. Asuhan psikososial.

F. INDIKATOR PUSKESMAS SANTUN LANJUT USIA UNTUK MONITORING DAN EVALUASI

1. Indikator pelayanan kesehatan masyarakat
   a. Persentase cakupan pelayanan kesehatan pra lansia
   b. Persentase cakupan pelayanan kesehatan lansia
   c. Persentase desa yang mempunyai Kelompok/Posyandu lansia aktif
   d. Persentase kelompok/posyandu lansia yang melaksanakan kegiatan senam lansia

2. Indikator pelayanan perorangan di Puskesmas
   a. Persentase warga Lanjut Usia yang terdaftar dapat diperiksa dan dilakukan penapisan serta dikelompokkan menurut status fungsional masing-masing.
   b. Persentase warga Lanjut Usia yang mengikuti program asuhan rumah (*home care*) dapat tetap berada pada status fungsionalnya (tidak menurun).
   c. Persentase warga Lanjut Usia yang mengikuti program di kelompok Lanjut Usia tetap berada dalam status fungsional mereka dalam setahun berjalan.

Catatan:
Target kuantitatif dapat ditetapkan secara bertahap sesuai dengan kesepakatan dan kemampuan masing-masing Puskesmas

KEMENKES RI

MATERI INTI 1

PENGKAJIAN PARIPURNA PASIEN GERIATRI

I. DESKRIPSI SINGKAT

Pasien geriatri memiliki sejumlah karakteristik yang membedakannya dari pasien dewasa pada umumnya. Selain itu pasien geriatri menunjukkan sejumlah gejala yang khas terdapat pada kelompok populasi ini. Karena karakteristik dan sindrom pada pasien geriatri berbeda maka diperlukan pendekatan khusus. Pendekatan yang berorientasi bio-psiko-sosial mutlak diperlukan agar penatalaksanaannya paripurna. Pengkajian paripurna ini sendiri merupakan instrumen dasar yang harus dimiliki oleh setiap dokter , perawat , tenaga gizi, tenaga keterapian fisik, dll yang mengelola pasien geriatri sesuai dengan kompetensinya masing-masing. Pengkajian paripurna pasien geriatric bertujuan untuk mengelola pasien geriatri secara paripurna dengan mengkaji aset yang masih dimiliki pasien dan menggunakan aset tersebut untuk mencapai tujuan pengelolaan. Modul ini akan menguraikan langkah-langkah yang harus dilaksanakan oleh petugas kesehatan dalam melakukan pengkajian paripurna pasien geriatric

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum (TPU):
Setelah menyelesaikan materi ini, peserta mampu melakukan pengkajian paripurna pasien geriatri

B. Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK) :
Setelah mengikuti modul ini peserta akan memiliki kemampuan untuk,
1. Menjelaskan tentang Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri
2. Melakukan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri secara sederhana

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

1. Pengertian P3G
2. Spektrum model hubungan kerja antar disiplin
3. Telaah *cost effectiveness* P3G
4. Daya cadangan faali
5. Status fungsional, instrumen pengukuran status fungsional
6. Status mental dan kognitif
7. Dukungan sosial pasien geriatri
8. Pengkajian multidimensi pada P3Gdi klinik rawat jalan, ruang rawat akut, dan di rumah

IV. BAHAN BELAJAR DAN REFERENSI

1. Modul pelatihan
2. Pedoman pelayanan kesehatan lanjut usia di Puskesmas

KEMENKES RI

V. LANGKAH LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Langkah 1 : Pengkondisian

1. Fasilitatator memperkenalkan diri
2. Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran umum dan tujuan Pembelajaran khusus
3. Fasilitatator melakukan curah pendapat pengetahuan peserta tentang Puskesmas Santun Lanjut usia

Langkah 2 : Membahas Pokok Bahasan

- Fasilitatator menyampaikan materi tentang Puskesmas Santun Lanjut Usia
- Fasilitator meminta peserta untuk menanggapi materi yang disajikan dan menjawab pertanyaan yang diajukan oleh peserta.

Langkah 3. Praktek pengisian Instrumen P3G

VI. URAIAN MATERI : PENGKAJIAN PARIPURNA PASIEN GERIATRI

A. Pengertian Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri

Pengertian pasien geriatri

Geriatri berasal dari kata *gerontos* dan *iatros* (penyakit); jadi jelas bahwa ilmu geriatri adalah bagian dari ilmu kedokteran dan gerontologi yang khusus mempelajari kesehatan dan penyakit-penyakit pada Lanjut usia .

Menurut Organisasi Kesehatan Sedunia kantor Asia Selatan dan Tenggara (WHO SEARO / WHO *South East Asia Regional Office*) di New Delhi, batasan Lanjut usia untuk Indonesia sampai saat ini masih 60 tahun ke atas. Pasien Lanjut usia pun mengacu pada ketentuan bahwa ia berusia 60 tahun ke atas. Sedangkan pasien geriatri mengacu pada pengertian bahwa selain berusia 60 tahun ke atas juga memiliki beberapa ciri tertentu yang membedakannya dari pasien Lanjut usia maupun pasien dewasa muda lainnya.

Karakteristik Pasien Geriatri

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

Multipatologi mengacu pada pengertian bahwa seorang pasien geriatri memiliki lebih dari satu penyakit pada saat yang sama. Penyakit-penyakit yang diderita biasanya merupakan akumulasi penyakit degeneratif yang telah melekat pada dirinya selama bertahun-tahun

KEMENKES RI

dan karena suatu kondisi akut tertentu mengakibatkan pasien harus dirawat di rumah sakit atau menjadi terpaksa terbaring di rumah (*bedridden*). Kondisi multipatologi mengakibatkan gejala dan tanda yang muncul pada seorang pasien menjadi tidak jelas.

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

Menurunnya daya cadangan faali. Sebagai contoh, seorang pasien geriatri yang menderita pneumonia biasanya disertai penurunan daya tahan tubuh non spesifik seperti penurunan aktivitas silia saluran nafas serta refleks batuk. Kedua hal tersebut mengakibatkan pasien geriatri tak mungkin hanya diobati dengan antibiotika dan mukolitik; diperlukan beberapa upaya untuk meningkatkan daya tahan tubuh non spesifik tadi seperti *tapping*, latihan bernafas dan drainase postural. Contoh lain misalnya penurunan jumlah glomerulus ginjal yang menyebabkan pemberian obat pada pasien geriatri memerlukan pertimbangan penyesuaian dosis (karena ekskresi obat sebagian besar melalui ginjal).

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

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

KEMENKES RI

Gangguan status nutrisi. Gizi kurang acapkali tidak diperhatiksn oleh pasien maupun keluarganya sampai pasien benar-benar jatuh dalam status gizi yang buruk. Indeks massa tubuh menggambarkan status nutrisi yang lebih akurat. Defisiensi vitamin dan mineral sering menyertai gizi kurang dan gizi buruk.

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

Jadi, di samping karakteristik pasien geriatri yang telah dijelaskan di atas, ada beberapa gejala dan tanda yang sering mewarnai tampilan klinik pasien. Gejala atau tanda tersebut adalah: inkontinensia urin, inkontinensia alvi, gangguan intelektual, gangguan imunitas, impotensia, gangguan penglihatan dan pendengaran, *irritable bowel*, imobilisasi, iatrogenesis, impaksi fekal, infeksi, inanition (gangguan masukan makanan) dan instabilitas postural.

B. Spektrum model hubungan kerja antar disiplin

Pengkajian paripurna geriatri dilakukan oleh tim terpadu geriatri dengan pendekatan interdisiplin. Tim terpadu terdiri dari dokter umum, dokter spesialis, perawat, tenaga fisioterpi, tenaga ahli terapi okupasi, ahli gizi, ahli farmasi dan pekerja social. Dokter spesialis terdiri dari dokter spesialis inti yaitu dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis kedokteran fisik - rehabilitasi dan dokter spesialis kedokteran jiwa dengan disertai dokter spesialis terkait masalah geriatric seperti dokter spesialis neurologi, dokter spesialis mata, dokter spesialis THT, dokter spesialis urologi dan dokter spesialis ortopedi dan traumatologi. Masing – masing mempunyai pengetahuan dasar tentang ilmu geriatri dan berperan sesuai kompetensi nya terhadap kasus – kasus pasien geriatri. Mereka berkerjasama dalam pengelolaan pasien geriatric secara paripurna dan terpadu dalam satu tim.

C. Telaah *cost effectiveness* P3G

P3G ini adalah cara pendekatan yang menyeluruh dan terpadu dengan pendekatan interdsiplin terhadap seorang pasien geriatri. P3G akan mengevaluasi seluruh aspek yang berkaitan dengan masalah pasien geriatric sehingga diharapkan akan tercapai pengelolaan pasien geriatric yang optimal sesuai dengan kondisi pasien. Penelitian oleh Soejono telah membuktikan bahwa dengan melakukan P3G akan menurunkan lama rawat pasien dan biaya pasien.

KEMENKES RI

D. Daya cadangan faali

Perubahan akibat proses menua yang terjadi pada pasien geriatric akan terjadi pada seluruh sistem organ tubuh dengan mekanisme yang berbeda dan berbeda pula saat terjadinya sesuai dengan sistem organ tubuh tersebut. Hal – hal ini akan menyebabkan berubahnya sistem organ tubuh tersebut baik secara anatomic ataupun fungsi organ tubuh yang akan menyebabkan berkurangnya kapasitas daya cadangan faali sistem organ tubuh. Sehingga sistem organ tubuh akan rentan terhadap stress fsik dan psikososial dan mudah terpajan oleh suatu penyakit

E. Status fungsional, instrumen pengukuran status fungsional, status mental dan kognitif

Evaluasi multi dimensional pasien geriatri dapat dilakukan dengan berbagai macam instrumen penilaian. Status fungsional dapat dilakukan dengan instrumen penilaian aktivitas hidup sehari – hari (activity daliy living) dari barthel, status kognitif dapat dinilai dengan *clock drawing test, abbreviated mental test* atau yang lebih rinci dengan *mini mental state examination* dan status afektif dapat dinilai dengan *geriatric depression scale*. Seluruh instrument ini bertujuan sebagai penyaring dan deteksi dini dari adanya gangguan pada status fungsional dan status mental pasien geriatri.

F. Dukungan sosial pasien geriatri

Evaluasi pasien geriatri juga menilai aspek sosial yang meliputi keluarga, lingkungan komunitas sekitarnya, lingkungan fisik, aspek ekonomi dan finansial dan aspek hukum yang dapat terkait dengan pasien geriatri.

G. Pengkajian multidimensi pada P3G di klinik rawat jalan, ruang rawat akut, dan di rumah

P3G adalah pengkajian yang bersifat berkesinambungan tidak hanya saat pasien dirawat tetapi juga saat di klinik rawat jalan ataupun di rumah. Evaluasi ini juga dilakukan secara teratur sehingga dapat dinilai kemajuan dari pasien atau dapat mendeteksi secara dini gangguan yang dialami oleh pasien sehingga dapat dilakukan pengelolaan secara dini sehingga tercapai kualitas hidup yang baik.

KEMENKES RI

MATERI INTI 2

SINDROMA GERIATRI

I. DESKRIPSI SINGKAT

Sindrom geriatri adalah kumpulan gejala atau masalah kesehatan yang sering dialami oleh seorang pasien geriatri. Sindrom geriatri ini dikenal juga dengan istilah 14 i yaitu (1) *immobilisasi* (2) *instabilitas postural* (3) *inkontinensia urin* (4) *infection* (5) *impairment of hearing and vision* , (6) *inanition* (7),*iatrogenik* (8) *insomnia, (9) intelectual impairment, (10) isolation,(11) impecunity,(12) irritable colon, (13) immune deficiency, (14) impotence* .

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

Dalam modul ini hanya akan dibahas beberapa masalah dan gejala yang sering dijumpai dan menimbulkan efek yang serius pada lanjut usia

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum (TPU):
Setelah mengikuti modul ini peserta dapat Peserta mampu menegakkan diagnosis dini dan penatalaksanaan awal terhadap sindrom geriatri

B. Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK) :
Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu :
1. Menjelaskan pengertian dan jenis Sindroma Geriatri
2. Menjelaskan diagnosis dan tatalaksana awal Sindroma Geriatri
3. Menegakkan diagnosis dan penatalaksanaan jenis-jenis Sindroma Geriatri yang sering dijumpai

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

1. Pengertian dan jenis sindroma geriatri
2. Diagnosis dan tatalaksana awal sindroma geriatri

KEMENKES RI

3. Diagnosis dan penatalaksanaan sindroma geriatric yang sering dijumpai
   a. Delirium
   b. Inkontinensia:
   c. Instabilitas postural & jatuh:
   d. Imobilisasi:
   e. Ulkus dekubitus:
   f. Infeksi (Pneumonia dan Infeksi Saluran Kemih)

IV. BAHAN BELAJAR DAN REFERENSI

1. Modul Pelatihan
2. Pedoman Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas

V. LANGKAH LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Langkah 1 : Pengkondisian

- Fasilitatator memperkenalkan diri
- Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran umum dan tujuan Pembelajaran khusus
- Fasilitator menjelaskan mengapa materi ini penting diajarkan
- Fasilitatator memberi kesempatan kepada peserta yang sudah punya pengalaman melaksanakan program kesehatan lanjut usia di tempat tugasnya untuk menyampaikan pengalamannya
- Fasilitator member kesempatan peserta untuk bertanya atau member tanggapan atas penjelasan
- Peserta lain diminta menanggapi pertanyaan peserta

Langkah 2 : Membahas Pokok Bahasan

- Fasilitatator menyampaikan materi tentang Sindroma Geriatri
- Fasilitator meminta peserta untuk menanggapi materi yang disajikan
- Fasilitataor meminta peserta lain untuk menanggapai pertanyaan
- Dari hasil diskusi peserta, narasumber memberikan komentar dan kesimpulan

Langkah 3 . Praktek Lapangan

VI. URAIAN MATERI

A. Pengertian dan jenis sindroma geriatri

Sindrom geriatri adalah kumpulan gejala atau masalah kesehatan yang sering dialami oleh seorang pasien geriatri. Sindrom geriatri ini dikenal juga dengan istilah 14 i yaitu (1) *immobilisasi* (berkurangnya kemampuan gerak), (2) *instabilitas postural* (jatuh dan patah tulang), (3) *inkontinensia*

KEMENKES RI

urin (mengompol), (4) *infection* (infeksi), (5) *impairment of hearing and vision* (gangguan fungsi penglihatan dan pendengaran), (6) *inanition* (gangguan gizi), (7) *iatrogenik* (masalah akibat tindakan medis), (8) *insomnia* (gangguan tidur), *(9) intelectual impairment* (gangguan fungsi kognitif), *(10) isolation* (isolasi), *(11) impecunity* (berkurangnya kemampuan keuangan), *(12) irritable colon* (gangguan saluran cerna), *(13) immune deficiency* (gangguan sistem imun), *(14) impotence* (gangguan fungsi seksual)

B. Diagnosis dan tatalaksana awal sindroma geriatri

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

Karena perjalanan usia maka fungsi organ lanjut usia akan mengalami penurunan. Penurunan faal ini akan membawa konsekuensi **menurunnya daya cadangan faali**. Sebagai contoh, seorang pasien geriatri yang menderita pneumonia biasanya disertai penurunan daya tahan tubuh non spesifik seperti penurunan aktivitas silia saluran nafas serta refleks batuk. Kedua hal tersebut mengakibatkan pasien geriatri tak mungkin hanya diobati dengan antibiotika dan mukolitik; diperlukan beberapa upaya untuk meningkatkan daya tahan tubuh non spesifik tadi seperti *tapping*, latihan bernafas dan drainase postural. Contoh lain misalnya penurunan jumlah glomerulus ginjal yang menyebabkan pemberian obat pada pasien geriatri memerlukan pertimbangan penyesuaian dosis (karena ekskresi obat sebagian besar melalui ginjal).

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

KEMENKES RI

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

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

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

Jadi, di samping karakteristik pasien geriatri yang telah dijelaskan di atas, ada beberapa gejala dan tanda yang sering mewarnai tampilan klinik pasien. Gejala atau tanda tersebut adalah: inkontinensia urin, inkontinensia alvi, gangguan intelektual, gangguan imunitas, impotensia, gangguan penglihatan dan pendengaran, *irritable bowel*, *immobilisasi, iatrogenesis, impaksi fekal*, infeksi, inanition (gangguan masukan makanan) dan *instabilitas postural*.

C. Diagnosis dan penatalaksanaan sindroma geriatric yang sering dijumpai

1. **Inkontinensia:**

   Secara umum inkontinensia urin didefinisikan sebagai ketidakmampuan menahan keluarnya urin atau keluarnya urin secara tak terkendali pada saat yang tidak tepat dan tidak diinginkan. Beberapa penyebab timbulnya *inkontinensia urin* antara lain adalah *sindrom delirium, immobilisasi, poliuria, infeksi, inflamasi, impaksi feses*, serta beberapa obat-obatan. Inkontinensia urin dapat menimbulkan masalah kesehatan lain seperti dehidrasi karena pasien mengurangi minumnya akibat takut mengompol, jatuh dan fraktur karena terpeleset oleh urin yang berceceran, luka lecet sampai ulkus dekubitus akibat pemasangan pembalut, lembab dan basah pada punggung bawah dan bokong. Selain itu, rasa malu

KEMENKES RI

dan depresi juga dapat timbul akibat *inkontinensia urin* tersebut.
Penatalaksanaan :

- Latihan otot dasar panggul rutin dan teratur setiap hari
- Mengatur jadwal berkemih
- Jangan berkemih hanya karena ingin berkemih
- Cukup minum (1,5-2 liter/hari)
- Hindari minuman yang merangsang berkemih (kopi, air gula)
- Hindari sembelit (makanan tinggi serat)
- Konsultasi dengan dokter tentang obat-obatan yang dikonsumsi

2. Instabilitas postural & jatuh:

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

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

Pengasuh/ keluarga dan bahkan petugas kesehatan seringkali menganggap gangguan cara berjalan dan berkurangnya mobilitas pasien sebagai perubahaan yang normal pada Lanjut Usia. Sebaliknya, gangguan cara berjalan sebenarnya sering merupakan gejala penyakit lain yang dapat disembuhkan. Seiring dengan penuaan, terjadi penurunan kecepatan cara berjalan sekitar 0,2 % pertahun sampai dengan usia 63 tahun dan penurunan kecepatan tersebut meningkat sampai dengan 1,6% per tahun setelah usia 63 tahun.

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

3. Imobilisasi:
Berkurangnya kemampuan gerak yang dikenal dengan istilah imobilisasi digunakan untuk menggambarkan suatu sindrom penurunan fungsi fisik sebagai akibat dari penurunan aktivitas dan

KEMENKES RI

adanya penyakit penyerta. Tidak mampu bergerak selama minimal 3 kali 24 jam sesuai defenisi imobilisasi. *Imobilisasi* seringkali diabaikan dan tidak ditatalaksana dengan baik sejak awal perawatan, baik di rumah maupun di rumah sakit.
Penyebab harus dicari karena imobilitas sering menjadi gejala pertama yang dikeluhkan oleh pasien atau keluarga. Kunci untuk mengetahui masalah atau penyakit
Misalnya : strok / CVD, pneumonia, Penyakit Paru Obstruktif Kronik, gagal jantung, osteoartritis, osteoporosis, depresi, malnutrisi, *Peripheral Arterial Disease* / PAD, keganasan / kanker, anemia, efek obat, dan lain lain

Akibat atau dampak juga fatal, seperti tromboemboli paru, pneumonia orthostatik, infeksi saluran kemih, ulkus dekubitus, atrofi otot, gangguan metabolik seperti balans nitrogen negatif, toleransi glukosa terganggu inkontinensia, dan lain - lain

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

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

Penatalaksanaan adalah dengan mengobati penyakit atau masalah yang menjadi penyebab, rehabilitasi dengan fisioterapi dan pencegahan terjadinya komplikasi atau dampak, misalnya:

a. Kelemahan dan kontraktur otot sendi
   - Mobilisasi dini & perubahan posisi scr
   - teratur
   - Latihan isometris teratur 10-20% tekanan max
   - Latihan gerakan pasif 1-2x/hr 20 menit
b. Ulkus dekubitus
   - Perubahan posisi lateral 30o
   - Penggunaan kasur anti dekubitus & mika-miki
   - Pasien kursi roda reposisi tiap jam

KEMENKES RI

c. Trombosis
   - Mobilisasi dini
   - Kompresi intermitten
   - *Pumping mechanism exercise*
   - Terapi fisik dan latihan jasmani secara teratur
   - Latihan isometric

d. Konstipasi dan skibala
   - Evaluasi kebiasaan BAB
   - Asupan cairan (1500-2000 ml/hari)
   - Asupan serat 30 gr/hari (sayur dan buah)

e. Status gizi
   - Kalori & protein adekuat (25-30 kkal/kg bb & 0,8-1 gr/kg bb)
   - *Bila menjalani perawatan : 1,5 gr/kg bb*
   - *Bila ada infeksi berat : > 1,5 gr/kg bb*
   - Suplementasi vitamin & mineral (Mg, Zn)

4. Infeksi (Pnuemonia dan ISK)

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

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

a. Pneumonia

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

Jadi perlu diperhatikan bahwa gejala pneumonia pada lanjut usia tidak selalu berupa batuk, demam, dan sesak nafas. Dokter dan

KEMENKES RI

tenaga kesehatan lain perlu mewaspadai hal tersebut. Dalam pemeriksaan laboratorium juga sering kali tidak muncul leukositosis namun hanya berupa peningkatan persentase sel segmen. Pemeriksaan jasmani yang teliti akan membantu menegakkan diagnosis dengan ditemukannya perubahan kesadaran, mungkin ada tanda-tanda dehidrasi, dan tentu adanya ronki basah pada auskultasi paru-paru.

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

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

b. Infeksi Saluran Kemih

Gejala awal dapat menyerupai infeksi lain pada umumnya yakni berupa penurunan nafsu makan; keluhan akan terlihat seperti dispepsia. Keluhan lemas dan lesu akan mendominasi disertai kehilangan minat. Pada keadaan lebih lanjut akan terjadi penurunan kemampuan melakukan aktivitas kehidupan dasar (ADL) sampai imobilisasi; dan akhirnya pasien akan mengalami kondisi *acute confusional state* (= sindrom delirium). Selain itu, pasien juga datang dengan keluhan utama instabilitas postural (sering terhuyung-huyung) atau 'jatuh'. Gejala lain yang penting juga diperhatikan adalah munculnya inkontinensia urin. Polakisuri walaupun jarang ditemukan namun masih dapat dijumpai.

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

KEMENKES RI

MATERI INTI 3

PENYAKIT DEGENERATIF DAN GERIPAUSE

I. DESKRIPSI SINGKAT

Perubahan akibat proses menua yang terjadi pada pasien lanjut usia menyebabkan berkurangnya kapasitas cadangan fal tubuh pada semua organ yang akan menyebabkan seorang lanjut usia menjadi rentan terhadap suatu penyakit. Berbagai perubahan terjadi pada seluruh sisten organ tubuh mulai dari sistim susunan syaraf pusat, sistim kardiovaskuler, sistim respirasi, sisitim ginjal – saluran kemih, sistm hati dan saluran cerna, sistim muskuloskeletal dan sistim hormonal. Berbagai penyakit yang sering terjadi pada pasien lanjut usia seperti osteoartrosis, osteoporosis, hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung koroner, penyakit paru obstruksi kronik dan yang berhubungan dengan perubahan hormonal (geripause) khususnya yang erat kaitannya dengan perempuan lanjut usia, penting diketahui gejala dan tanda kliniknya agar dapat dilakukan penanganan secara dini di tingkat pelayan primer oleh tenaga medik atau paramedik.

II. TUJUAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah menyelesaikan materi ini, peserta mampu memahami teori, menegakkan diagnosis dini dan penatalaksanaan awal dari penyakit degeneratif dan geripause

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu menjelaskan :

1. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana penyakit degeneratif pada lansia :
   - Osteoartrosis
   - Osteoporosis
   - Diabetes melitus
   - Penyakit jantung koroner
   - Hipertensi
   - Penyakit paru obstruktif kronik
2. Pengertian, diagnosis dan tatalaksana geripause
3. Kekhususan pengelolaan penyakit degeneratif pada populasi lanjut usia

KEMENKES RI

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

A. PENYAKIT DEGENERATIF :

1. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana osteoartrosis
2. Epidemiologi , diagnosis dan tatalaksana osteoporosis
3. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksan DM
4. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana PJK
5. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana hipertensi
6. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana PPOK

B. GERIPAUSE :

1. Pengertian Geripause
2. Pendekatan diagnosis dan tatalaksana geripause

C. Pengelolaan secara khusus penyakit degeneratif pada lanjut usia

IV. BAHAN BELAJAR DAN REFERENSI

- Pedoman Pelayanan Kesehatan Lanjut usia di Puskesmas
- Buku Ajar penyakit Penyakit Dalam PAPDI

V. LANGKAH LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Langkah 1 : Pengkondisian

- Fasilitatator memperkenalkan diri
- Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran
- Fasilitatator melakukan curah pendapat.

Langkah 2 : Membahas Pokok Bahasan

- Fasilitatator menyampaikan materi
- Fasilitator meminta peserta untuk menanggapi materi yang disajikan

Langkah 3 : tanya jawab

Langkah 4 : diskusi kasus

VI. URAIAN MATERI

A. PENYAKIT DEGENERATIF:

1. **Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana osteoartrosis**

   Salah satu penyakit degeneratif yang sering menyerang lanjut usia adalah osteoartrosis (OA) atau osteoartritis.

   Pengertian

   Osteoartrosis atau Osteoartritis atau pengapuran sendi atau sering disebut juga sebagai penyakit degeneratif sendi merupakan suatu penyakit pada sendi yang diakibatkan menipisnya jaringan tulang

KEMENKES RI

lunak sendi, berkurangnya cairan sendi, serta menyempitnya celah sendi yang terjadi secara progresif dan ireversibel. Gejala paling sering dari osteoratritis adalah nyeri selain terjadinya kelainan bentuk (deformitas) sendi, yang menimbulkan berbagai hendaya (disabilitas) pada pasien yang mengalaminya, terutama bila terjadi pada sendi lutut.

Epidemiologi dan faktor risiko

- Karena proses kerusakan sendi pada osteoartritis berlangsung terus-menerus yang dimulai pada usia setengah baya, maka kelompok usia lanjut merupakan kelompok yang paling banyak mengalami osteoartritis serta dampak yang diakibatkannya.
- Data-data epidemiologi di luar negeri menunjukkan osteoartritis adalah penyebab hendaya (disabilitas) kronik terbanyak pada kelompok usia lanjut. Hendaya yang paling sering terjadi adalah ketidakmampuan pasien untuk berpindah dari satu tempat ke tempat lain (imobilisasi) karena nyeri dan sendi yang berubah bentuk.
- Beberapa faktor risiko terjadinya osteoartritis, antara lain:
  - Usia yang lanjut
  - Jenis kelamin perempuan
  - Faktor genetik
  - Trauma pada sendi
  - Tekanan yang terjadi terus-menerus pada sendi, misalnya sering naik-turun tangga
  - Kegemukan

Komplikasi

- Komplikasi yang paling bermakna akibat osteoartritis adalah nyeri dan kelainan bentuk sendi.
- Nyeri yang terjadi terus-menerus dan terutama muncul saat bergerak serta adanya kelainan bentuk sendi (terutama pada sendi lutut) akan menyebabkan pasien menjadi tidak dapat bergerak dengan leluasa. Keadaan tidak mampu bergerak (imobilisasi), seperti telah disebutkan di atas, akan mengakibatkan komplikasi lainnya yang berdampak sangat besar bagi status kesehatan seorang usia lanjut.
- Nyeri pada seorang usia lanjut juga dapat menyebabkan dampak psikologis yang bermakna. Seorang usia lanjut yang mengalami nyeri terus-menerus dan tidak teratasi lama kelamaan akan menjadi depresi, yang tidak dapat diabaikan dampaknya. Depresi dapat menyebabkan pasien tidak mau makan, menyendiri di kamar/rumah, sosialisasi menjadi berkurang, dan pada keadaan berat akan menyebabkan keinginan bunuh diri.

KEMENKES RI

- Kelainan bentuk sendi serta ketidakstabilan sendi yang terjadi pada osteoartritis sendi lutut memudahkan seorang usia lanjut jatuh dengan berbagai dampaknya yang telah disebutkan di atas.

Pengelolaan

- ***Promotif***
  - Melakukan penyuluhan mengenai:
    - Osteoartritis, faktor-faktor risiko dan penyebab, komplikasi, dan hendaya akibat komplikasi.
    - Upaya-upaya pencegahan terjadinya osteoartritis dan komplikasi akibat osteoartritis.
    - Pentingnya pencegahan terjadinya osteoartritis serta upaya pemulihan bila sudah terdapat hendaya akibat osteoartritis.
- ***Preventif***
  - Melakukan pencegahan atau paling tidak memperlambat terjadinya osteoartritis, yaitu dengan menghindari trauma berat pada sendi, tidak melakukan tekanan terus menerus pada sendi-sendi tertentu, dan mengurangi berat badan pada yang kegemukan.
  - Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk menghindari tekanan yang terus menerus pada sendi tertentu seperti jangan berdiri terlalu lama, tidak jongkok atau duduk melipat lutut terlalu lama, dan menyempatkan waktu untuk beristirahat sejenak pada saat melakukan pekerjaan yang menggunakan sendi.
  - Mencegah jatuh akibat ketidakstabilan sendi pada osteoartritis sendi lutut.
- ***Kuratif***
  - Upaya kuratif osteoartritis pada usia lanjut yang paling penting adalah mengurangi rasa nyeri.
  - Menghilangkan rasa nyeri pada sendi-sendi akibat osteoartritis sebaiknya dilakukan terlebih dahulu tanpa menggunakan obat-obatan, seperti memberikan pemanasan atau mengoleskan obat luar pada sendi yang nyeri, selain menghindari trauma dan tekanan terus menerus seperti yang dilakukan pada upaya preventif di atas.
  - Penggunaan obat-obatan untuk menghilangkan mengurangi nyeri akibat osteoartritis dimulai dari anti nyeri yang paling ringan seperti parasetamol, untuk menghindari efek samping nyeri lambung.
  - Pada kasus-kasus yang berat, maka dapat dilakukan upaya rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder atau tersier.

KEMENKES RI

- ***Rehabilitatif***
  - Mengidentifikasi disabilitas/hendaya yang muncul akibat osteoartritis, seperti:
    - gangguan aktivitas sehari-hari dan depresi yang timbul akibat nyeri
    - ketidakmampuan untuk bergerak yang diakibatkan nyeri dan kelainan bentuk sendi
  - Menentukan status fungsional/kemandirian yang saat ini masih dimiliki oleh seorang usia lanjut yang telah mengalami hendaya akibat osteoartritis. Misalnya, akibat nyeri pada lutut yang dialaminya seorang usia lanjut cenderung selalu berada di tempat tidur dan segala keperluannya dipenuhi/ dibantu keluarga, padahal berdasarkan penilaian ia sebenarnya masih dapat berjalan dengan bantuan tongkat dan mampu melakukan kegiatan aktivitas kehidupan sehari-hari (makan, mandi, berpakaian, buang air besar/kecil, dll).
  - Merancang program latihan yang sesuai untuk mencapai target-target yang telah ditentukan serta memotivasi agar pasien mau menjalaninya secara aktif dengan dibantu petugas kesehatan yang ada.
  - Menyediakan tempat latihan khusus bagi usia lanjut yang telah mengalami berbagai hendaya akibat osteoartritis, agar status fungsional/ kemandirian yang ditargetkan dapat dicapai dan dipertahankan.

2. Epidemiologi , diagnosis dan tatalaksana osteoporosis

Pengertian

Osteoporosis adalah suatu keadaan berkurangnya jaringan pembentuk tulang yang menyebabkan tulang menjadi rapuh dan mudah patah. Osteoporosis adalah penyakit yang tidak bergejala sehingga sering diabaikan dan baru disadari ketika sudah timbul komplikasi (yaitu tulang patah).

Epidemiologi dan faktor risiko

- Karena proses berkurangnya jaringan pembentuk tulang terjadi seiring meningkatnya usia, maka pada kelompok usia tua kejadian osteoporosis semakin meningkat.
- Perempuan lebih cepat mengalami osteoporosis setelah menopause karena pembentukan jaringan tulang dipengaruhi oleh hormon estrogen yang tidak lagi diproduksi setelah menopause.
- Beberapa faktor risiko terjadinya osteoporosis, antara lain:
  - Usia yang lanjut

KEMENKES RI

- Riwayat keluarga yang mengalami osteoporosis atau patah tulang yang disebabkan osteoporosis
- Diet yang rendah kalsium
- Kurang terpapar sinar matahari pagi
- Malas atau tidak bisa bergerak (imobilisasi)
- Merokok dan minum alkohol
- Penggunaan obat-obat tertentu dalam jangka panjang (seperti kortiko-steroid)

Komplikasi

- Komplikasi yang paling bermakna karena menimbulkan dampak kesehatan serta sosial ekonomi yang besar adalah terjadinya patah tulang (fraktur) walaupun tidak ada trauma yang berat.
- Sebelum terjadinya fraktur, osteoporosis tidak memberikan gejala dan tanda yang jelas. Beberapa gejala dan tanda yang mungkin muncul dan dirasakan antara lain:
  - Nyeri, timbul akibat adanya patah tulang yang terjadi tanpa terlihat (mikrofraktur).
  - Badan bertambah pendek, akibat ruas-ruas tulang belakang yang menipis dan kelengkungannya bertambah.
  - Seorang usia lanjut yang mengalami patah tulang, terutama tulang-tulang yang menopang berat-badan seperti ruas tulang belakang dan tulang paha, dapat menjadi tidak mampu bergerak (imobilisasi). Selanjutnya akan timbul berbagai komplikasi akibat imobilisasi, yaitu mudah terkena infeksi (saluran napas dan saluran kemih), luka di bagian tubuh tertentu karena tertekan terus menerus dengan alas tidur, mengompol (karena tidak mampu bergerak ke kamar mandi), sendi-sendi menjadi kaku, dan lain-lain.

Pengelolaan

- ***Promotif***
  - Melakukan penyuluhan mengenai:
    - Osteoporosis, faktor-faktor risiko dan penyebab, komplikasi, dan hendaya akibat komplikasi.
    - Upaya-upaya pencegahan terjadinya osteoporosis dan komplikasi akibat osteoporosis.
    - Pentingnya pencegahan terjadinya osteoporosis serta upaya pemulihan bila sudah terdapat hendaya akibat osteoporosis.

- ***Preventif***
  - Melakukan pencegahan terjadinya osteoporosis, yaitu dengan mengkon-sumsi bahan makanan yang tinggi kalsium, melakukan latihan fisik yang menopang berat badan, serta memaparkan diri terhadap pajanan sinar matahari pagi.

KEMENKES RI

- Mencegah patah tulang yang dapat timbul akibat osteoporosis. Patah tulang akibat osteoporosis dapat terjadi tanpa adanya trauma yang jelas atau akibat trauma yang jelas seperti jatuh
- Jatuh pada seorang usia lanjut dapat disebabkan oleh:
  - ketidakstabilan akibat gaya/cara berjalan, perubahan tekanan darah pada saat berubah posisi, dan gangguan keseimbangan
  - gangguan penglihatan, sehingga kurang awas saat berjalan
  - kondisi lingkungan yang mungkin akan menyebabkan jatuh seperti jalan yang basah/licin, jalan yang miring atau berundak-undak, tidak adanya tempat berpegang

- ***Kuratif***
  - Upaya kuratif osteoporosis pada usia lanjut yang mengalaminya memerlukan penatalaksanaan di pusat pelayanan kesehatan tingkat sekunder atau tersier. Pemberian suplemen kalsium, berjemur di matahari pagi, dan latihan fisik yng menopang berat badan dapat mengurangi proses pengeroposan tulang lebih lanjut
  - Bila terdapat kejadian jatuh dan timbul patah tulang, maka harus dilakukan penanganan khusus seperti penggunaan spalk atau gips untuk imobilisasi sebelum dirujuk ke RS kabupaten/provinsi untuk tindakan selanjut-nya

- ***Rehabilitatif***
  - Mengidentifikasi disabilitas/hendaya yang muncul akibat osteoporosis, seperti:
    - gangguan aktivitas sehari-hari dan depresi yang timbul akibat nyeri
    - ketidakmampuan untuk bergerak yang diakibatkan patah tulang
  - Menentukan status fungsional/kemandirian yang saat ini masih dimiliki oleh seorang usia lanjut yang telah mengalami hendaya akibat osteoporosis. Misalnya, akibat patah tulang paha yang dialaminya seorang usia lanjut cenderung selalu berada di tempat tidur dan segala keperluannya dipenuhi/ dibantu keluarga, padahal berdasarkan penilaian ia sebenarnya masih dapat berjalan dengan bantuan tongkat dan mampu melakukan kegiatan aktivitas kehidupan sehari-hari (makan, mandi, berpakaian, buang air besar/kecil, dll)
  - Merancang program latihan yang sesuai untuk mencapai target-target yang telah ditentukan serta memotivasi agar pasien mau menjalaninya secara aktif dengan dibantu petugas kesehatan yang ada

KEMENKES RI

- Menyediakan tempat latihan khusus bagi usia lanjut yang telah mengalami berbagai hendaya akibat osteoporosis, agar status fungsional/ kemandirian yang ditargetkan dapat dicapai dan dipertahankan

3. **Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksan DM**

Epidemiologi dan faktor risiko

- Prevalensi dan insidensi pada usia lanjut lebih tinggi dibandingkan usia muda.
- Seiring peningkatan usia terjadi gangguan toleransi glukosa (kadar gula dalam darah), sehingga seorang usia lanjut lebih mudah mengalami penyakit diabetes melitus.
- Penyakit diabetes melitus yang diderita seseorang yang masih muda tetap akan terus diderita seumur hidup, namun kadar gula darah dapat dikendalikan.
- Beberapa faktor risiko timbulnya diabetes melitus:
  - Riwayat keluarga dengan diabetes melitus
  - Diet tinggi kalori dan lemak
  - Aktivitas fisik kurang
  - Kegemukan
  - Penggunaan obat-obatan tertentu

Komplikasi

- Penyakit diabetes melitus dapat menyebabkan berbagai komplikasi akut dan kronik.
- Komplikasi-komplikasi kronik terjadi akibat gula darah tidak terkendali dalam jangka waktu lama, antara lain:
  - Penyakit ginjal kronik akibat nefropati diabetik
  - Penyakit jantung koroner
  - Stroke
  - Penyakit pembuluh darah tepi
  - Kebutaan akibat retinopati diabetik
  - Luka yang sulit sembuh, terutama di kaki
- Komplikasi-komplikasi akut terjadi umumnya karena gula darah yang sangat tinggi atau gula darah yang sangat rendah. Karena komplikasi akut bersifat mengancam jiwa, maka harus cepat mendapatkan perawatan di pusat pelayanan kesehatan sekunder atau tersier (rumah sakit).

Pengelolaan

- ***Promotif***
  - Melakukan penyuluhan mengenai:
- Diabetes melitus, gejala-gejala khas diabetes, faktor-faktor risiko, komplikasi, dan gejala-gejala akibat komplikasi.
- Cara hidup sehat: diet yang sehat, aktivitas fisik teratur, kurangi berat badan bagi yang gemuk, berhenti atau hindari merokok.

KEMENKES RI

- Pentingnya penatalaksanaan diabetes melitus yang menyeluruh dan terus menerus pada mereka yang sudah mengalaminya.
- Upaya menjaga status kesehatan dan kemandirian pada mereka yang telah mengalami berbagai komplikasi kronik akibat diabetes melitus.

- ***Preventif***
  - o Mengidentifikasi faktor-faktor risiko timbulnya diabetes melitus.
  - o Bila ditemukan adanya faktor risiko maka dilakukan upaya-upaya memodifi-kasinya, seperti perencanaan diet yang sesuai berat badan dan aktivitas, menurunkan berat badan secara bertahap, aktivitas fisik (olahraga) secara teratur, dan sebagainya.
  - o Deteksi dini timbulnya diabetes melitus, dengan menanyakan keluhan-keluhan (gejala) khas yang mengarah pada penyakit diabetes, serta melakukan pemeriksaan penyaring dan pemeriksaan konfirmasi pada mereka yang mempunyai faktor risiko namun belum mengalami diabetes.
  - o Melakukan evaluasi komplikasi-komplikasi kronik akibat diabetes secara berkala, agar bila terjadi komplikasi kronik dapat diketahui sejak dini dan dikelola dengan baik.

- ***Kuratif***
  - o Upaya-upaya memodifikasi faktor risiko tetap dilanjutkan.
  - o Pengobatan terhadap usia lanjut yang telah dikonfirmasi mengidap diabetes dan belum mengalami komplikasi kronik yang berat, yang bertujuan mengendalikan gula darahnya senormal mungkin secara terus-menerus, dengan menggunakan obat-obat antidiabetik yang secara klinis terbukti bermanfaat dan tersedia di pusat pelayanan kesehatan primer. Termasuk di sini adalah kewaspadaan terhadap efek samping obat antidiabetik terutama hipoglikemia.
  - o Melakukan pengobatan awal terhadap kondisi-kondisi yang diduga merupakan komplikasi-komplikasi kronik akibat diabetes, seperti keluhan nyeri dada akibat penyakit jantung koroner dan keluhan sesak napas akibat gagal jantung.
  - o Melakukan rujukan pada kondisi-kondisi tertentu (gula darah yang tidak/sulit terkendali, komplikasi kronik yang sudah berat, komplikasi akut diabetes) yang memerlukan pelayanan kesehatan sekunder atau tersier.

KEMENKES RI

- ***Rehabilitatif***
  - Mengidentifikasi disabilitas/hendaya yang muncul akibat komplikasi kronik diabetes, seperti:
    - Sesak napas yang mengganggu aktivitas sehari-hari akibat gagal jantung
    - Kelumpuhan anggota tubuh sebagian akibat stroke
    - Gangguan fungsi menelan dan berbicara akibat stroke
    - Gangguan fungsi kognitif akibat stroke
    - Lemas dan sesak napas akibat gagal ginjal
    - Penurunan penglihatan atau kebutaan akibat kerusakan pembuluh darah di mata
  - Menentukan status fungsional/kemandirian yang saat ini dialami oleh seorang usia lanjut yang telah mengalami komplikasi kronik akibat diabetes dan menentukan target status fungsional/kemandirian yang ingin dicapai oleh usia lanjut tersebut.
  - Merancang program latihan yang sesuai untuk mencapai target-target yang telah ditentukan.
  - Menyediakan tempat latihan khusus bagi usia lanjut yang telah mengalami berbagai hendaya akibat komplikasi kronik diabetes, agar status fungsional/ kemandirian yang ditargetkan dapat dicapai dan dipertahankan.
  - Tetap melakukan upaya-upaya preventif, promotif, dan kuratif sesuai dengan kondisi pengendalian gula darah dan komplikasi yang sudah terjadi.

4. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana PJK

Pengertian

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah penyekit penyempitan pembuluh darah koroner.

Epidemiologi dan faktor risiko

- Prevalensi dan insidensi pada usia lanjut lebih tinggi dibandingkan usia muda.
- Seiring peningkatan usia terjadi pengerasan pembuluh darah (aterosklerosis) yang diperberat oleh faktor-faktor risiko lain (diabetes melitus, dislipidemia, hipertensi) yang juga sering dijumpai pada orang berusia lanjut.
- Beberapa faktor risiko timbulnya PJK:
  - Usia yang lanjut
  - Riwayat keluarga dengan PJK atau strok
  - Diabetes melitus
  - Kadar lemak yang tinggi (dislipidemia)
  - Hipertensi
  - Merokok

KEMENKES RI

Komplikasi

- Serangan jantung mendadak (infark miokard akut)
- Gagal jantung

Pengelolaan

- ***Promotif***
  - Melakukan penyuluhan mengenai:
    - Penyakit jantung koroner, faktor-faktor risiko dan pencegahan, gejala-gejala yang mungkin dirasakan, pengobatan.
    - Cara hidup sehat: diet yang sehat, aktivitas fisik teratur, kurangi berat badan bagi yang gemuk, berhenti atau hindari merokok.
    - Pentingnya pencegahan primer dan sekunder serta penatalaksanaan yang menyeluruh dan terus menerus pada mereka yang sudah mengalaminya.
    - Upaya menjaga status kesehatan dan kemandirian pada mereka yang telah mengalami berbagai komplikasi akibat PJK (nyeri dada dan gagal jantung).

- ***Preventif***
  - Mengidentifikasi faktor-faktor risiko timbulnya PJK.
  - Bila ditemukan adanya faktor risiko maka dilakukan upaya-upaya memodifi-kasinya, seperti perencanaan diet yang sesuai berat badan dan aktivitas, menurunkan berat badan secara bertahap, aktivitas fisik (olahraga) secara teratur, dan sebagainya.
  - Deteksi dini timbulnya PJK, dengan menanyakan keluhan-keluhan (gejala) khas yang mengarah pada PJK seperti nyeri dada ketika beraktivitas, cepat merasa lelah, serta melakukan pemeriksaan penyaring dan pemeriksaan konfirmasi pada mereka yang mempunyai faktor risiko namun belum mengalami PJK.
  - Melakukan evaluasi komplikasi-komplikasi akibat PJK secara berkala, agar bila terjadi komplikasi dapat diketahui sejak dini dan dikelola dengan baik.

- ***Kuratif***
  - Upaya-upaya memodifikasi faktor risiko tetap dilanjutkan.
  - Pengobatan terhadap usia lanjut yang telah dikonfirmasi mengidap PJK dan belum mengalami komplikasi kronik yang berat, yang bertujuan mencegah progresifitas penyakit
  - Melakukan pengobatan awal terhadap kondisi-kondisi yang diduga merupakan komplikasi-komplikasi kronik akibat diabetes, seperti keluhan nyeri dada akibat penyakit jantung koroner dan keluhan sesak napas akibat gagal jantung.

KEMENKES RI

- Melakukan rujukan pada kondisi-kondisi tertentu (gula darah yang tidak/sulit terkendali, komplikasi kronik yang sudah berat, komplikasi akut diabetes) yang memerlukan pelayanan kesehatan sekunder atau tersier.

- ***Rehabilitatif***
  - Mengidentifikasi disabilitas/hendaya yang muncul akibat komplikasi kronik diabetes, seperti:
    - Sesak napas yang mengganggu aktivitas sehari-hari akibat gagal jantung
    - Kelumpuhan anggota tubuh sebagian akibat stroke
    - Gangguan fungsi menelan dan berbicara akibat stroke
    - Gangguan fungsi kognitif akibat stroke
    - Lemas dan sesak napas akibat gagal ginjal
    - Penurunan penglihatan atau kebutaan akibat kerusakan pembuluh darah di mata
  - Menentukan status fungsional/kemandirian yang saat ini dialami oleh seorang usia lanjut yang telah mengalami komplikasi kronik akibat diabetes dan menentukan target status fungsional/kemandirian yang ingin dicapai oleh usia lanjut tersebut.
  - Merancang program latihan yang sesuai untuk mencapai target-target yang telah ditentukan.
  - Menyediakan tempat latihan khusus bagi usia lanjut yang telah mengalami berbagai hendaya akibat komplikasi kronik diabetes, agar status fungsional/ kemandirian yang ditargetkan dapat dicapai dan dipertahankan.
  - Tetap melakukan upaya-upaya preventif, promotif, dan kuratif sesuai dengan kondisi pengendalian gula darah dan komplikasi yang sudah terjadi.

5. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana hipertensi

Di saat awal penegakan diagnosis, usahakan mengukur tekanan darah tidak hanya pada posisi berbaring namun juga setidaknya pada posisi duduk. Pemantauan tekanan darah sebaiknya dilakukan dalam dua posisi yakni posisi berbaring dan berdiri, setelah istirahat sebelumnya selama 5 menit. Hal ini untuk menapis adanya hipotensi ortostatik yang potensial menimbulkan keluhan pusing hingga instabilitas postural dengan risiko jatuh dan fraktur. Mengingat adanya arteriosklerosis pembuluh darah besar maka hipertensi sistolik terisolasi akan banyak dijumpai pada Lanjut Usia. Panduan pengobatan tidak berbeda dari hipertensi pada umumnya. Efek samping beberapa jenis obat yang sering dijumpai harus diwaspadai. Misalnya, depresi pada penggunaan captopril jangka panjang atau edema tungkai akibat penggunaan amlodipin. Pada penggunaan furosemid jangka lama sebaiknya dilakukan pemantauan kadar elektrolit (Na dan K) dalam darah secara teratur.

KEMENKES RI

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

Modifikasi	Perkiraan Penurunan Tekanan Darah (mmHg)
Batasi konsumsi garam 1 sendok teh perhari	2-8
Banyak Makan sayur dan Buah-buahan.	8-14
Melakukan aktifitas fisik 30 menit perhari	4-9
Indeks Massa Tubuh; 18,25-23 Kg/m2	5-20

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

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

Bila terjadi peningkatan tekanan darah yang mendadak (sistole ≥'3d180 mmHg dan/atau diastole ≥'3d120 mmHg), dengan atau tanpa terjadi kerusakan organ target pada penderita hipertensi, segera dirujuk ke Rumah Sakit.

Pengelolaan

Promotif

Melakukan penyuluhan mengenai:

- Penyakit hipertensi, faktor-faktor risiko, dan komplikasinya.
- Cara hidup sehat: diet yang sehat, aktivitas fisik teratur, hindari atau stop merokok, istirahat cukup, hindari stres.
- Pentingnya penatalaksanaan hipertensi yang menyeluruh dan terus menerus pada mereka yang sudah mengalaminya.
- Upaya menjaga status kesehatan dan kemandirian pada mereka yang telah mengalami berbagai komplikasi kronik akibat penyakit hipertensi.

KEMENKES RI

Preventif

- Mengidentifikasi faktor-faktor risiko timbulnya hipertensi.
- Bila ditemukan adanya faktor risiko maka dilakukan upaya-upaya memodifi-kasinya, seperti berhenti merokok, mengurangi asupan garam pada diet, menurunkan berat badan secara bertahap, dan sebagainya.
- Deteksi dini timbulnya hipertensi, dengan pemeriksaan tekanan darah berkala setiap 6 bulan pada mereka yang mempunyai faktor risiko namun belum mengalami hipertensi.
- Melakukan evaluasi komplikasi-komplikasi kronik akibat hipertensi secara berkala, agar bila terjadi komplikasi kronik dapat diketahui sejak dini dan dikelola dengan baik.

Kuratif

- Upaya-upaya memodifikasi faktor risiko tetap dilanjutkan.
- Pengobatan terhadap usia lanjut yang mengalami tekanan darah tinggi dan belum mengalami komplikasi kronik yang berat, yang bertujuan mengendali-kan tekanan darahnya senormal mungkin secara terus-menerus, dengan menggunakan obat-obat antihipertensi yang secara klinis terbukti bermanfaat dan tersedia di Puskesmas.
- Melakukan pengobatan awal terhadap kondisi-kondisi yang diduga merupakan komplikasi-komplikasi kronik akibat hipertensi, seperti keluhan nyeri dada akibat penyakit jantung koroner dan keluhan sesak napas akibat gagal jantung.
- Melakukan rujukan pada kondisi-kondisi tertentu (hipertensi yang tidak/sulit terkendali, komplikasi kronik yang sudah berat) yang memerlukan pelayanan kesehatan sekunder atau tersier.

Rehabilitatif

- Mengidentifikasi disabilitas/hendaya yang muncul akibat komplikasi kronik hipertensi, seperti:
  - Sesak napas yang mengganggu aktivitas sehari-hari akibat gagal jantung.
  - Kelumpuhan anggota tubuh sebagian akibat stroke.
  - Gangguan fungsi menelan dan berbicara akibat stroke.
  - Lemas dan sesak napas akibat gagal ginjal.
  - Penurunan penglihatan atau kebutaan akibat kerusakan pembuluh darah di mata.
- Menentukan status fungsional/kemandirian yang saat ini dialami oleh seorang usia lanjut yang telah mengalami komplikasi kronik akibat hipertensi dan menentukan target status fungsional/kemandirian yang ingin dicapai oleh usia lanjut tersebut.
- Merancang program latihan yang sesuai untuk mencapai target-target yang telah ditentukan.

KEMENKES RI

- Menyediakan tempat latihan khusus bagi usia lanjut yang telah mengalami berbagai hendaya akibat komplikasi kronik hipertensi, agar status fungsional/ kemandirian yang ditargetkan dapat dicapai dan dipertahankan.

Tetap melakukan upaya-upaya preventif, promotif, dan kuratif sesuai dengan beratnya hipertensi dan komplikasi yang sudah terjadi

6. Epidemiologi, diagnosis dan tatalaksana PPOK

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

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

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

B. GERIPAUSE:

Pengertian Geripause

Geripause adalah suatu periode pada lanjut usia setelah masa post menopause

Geripause pada wanita berbeda dengan geripause pada laki-laki Geripause pada wanita disebut Menopause dan Geripause pada laki-laki disebut andropause

Menopause

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

KEMENKES RI

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

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

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

Gejala-gejala yang timbul :

- Gejala psikologis berupa :rasa lesu, sakit kepala, pusing, tidak bisatidur, perasaan suram,cpat tersinggung, sukar memusatkan pikiran,cemas dan depresi
- Semburan atau rasa panas (hot flush) dan banyak berkeringat
- Jantung berdebar-debar
- Sukar menarik nafas panjang
- Selera makan tidak menentu, sering mengeluah gangguan pencernaan
- Perubahan pola haid
- Mengeringnya vagina dantimbul rasa gatal

Tindakan penanganan :

- Pengobatan dengan suplementasi hormon, perlu konsultasi terlebih dahulu dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi
- Masalah psikologis yang timbul biasanya tidak memerlukan pengobatan karena gejala tersebut sewaktu-waktu bisa hilang
- Bila gangguan sangat berat, pertimbangan untuk pemberian obat anti depresi atau anti cemas
- Pengaturan diet
- Bila hubungan seksual tergangu karena keringnya vagina dianjurkan penggunaan krim atau minyak pelumas.

Andropause

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

Namun beberapa penelitian telah mendapatkan bahwa penurunan fungsi testosterone pada laki-laki di usia lebih dari 50 tahun, terkait

KEMENKES RI

dengan beberapa gejala seperti penurunan keinginan seksual/libido, kekurangan tenaga, penurunan kekuatan otot, sedih dan sering marah tanpa sebab yang jelas, berkurangnya kemampuan ereksi, mudah mengantuk dan lainsebagainya .

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

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

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

Jika mengalami keluhan nomor 1 s/d 7 atau berbagai kombinasi dari empat atau lebih keluhan, maka pasien ini adalah laki-laki andropause.

Tindakan penanganan :

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

Pendekatan diagnosis dan tatalaksana geripause

Pendekatan pasien dengan geripause dilakukan dengan P3G sesuai dengan masalah geripause yang terjadi pada pasien. Berbagai aspek pengkajian dan pemeriksaan penunjang dapat digunakan untuk menilai adanya masalah geripause sehingga dapat dilakukan pengelolaan optimal masalah geriapause ini.

KEMENKES RI

C. **Pengelolaan secara khusus penyakit degeneratif pada lanjut usia**

Pasien geriatri berbeda dengan pasien biasa karena mempunyai karakteristik yang khas. Hal ini menyebabkan perlunya pendekatan khusus dengan P3G. Terdapatnya proses menua yang menyebabkan berkurangnya nya kapasitas cadangan faali sehingga pasien geriatri rentan terhadap penyakit, gejala dan tanda klinik pasien dapat berbeda dengan gejala dan tanda klinik yang terjadi pada pasien dewasa, keterkaitan yang erat antara masalah fisik dan psikososial yang lebih tampak pada pasien geriatri, terjadinya beberapa penyakit terutama penyakit kronik pada seorang pasien geriatri (multipatologi) dan terjadinya potensi penggunaan obat yang banyak (polifarmasi) menyebabkan pengelolaan yang berbeda dibandingkan pasien dewasa

Perlu diingat bahwa umumnya seorang berusia lanjut mengalami lebih dari satu atau bahkan beberapa penyakit pada saat yang bersamaan (multipatologi). Konsekuensinya akan ada banyak obat yang diberikan pada seorang pasien usia lanjut pada saat yang bersamaan (polifarmasi), yang di satu sisi bermanfaat dalam penanganan berbagai penyakit degeneratif yang diderita namun di sisi lain akan menimbulkan masalah lain seperti efek samping dan interaksi obat. Untuk itu, diperlukan pemahaman serta pertim-bangan dalam memberikan obat-obat tersebut pada usia lanjut.

Pemberian obat-obatan tersebut sesuai indikasi serta tetap memperhatikan efek samping yang mungkin timbul pada orang usia lanjut yang mengkonsumsinya, harus menjadi salah satu program Puskesmas dan pelayanan kesehatan berbasis komunitas lainnya. Sehingga tujuan pemerintah meningkatkan usia harapan hidup (UHH) dengan tetap mempertahankan kualitas hidup kelompok usia lanjut dapat tercapai.

KEMENKES RI

MATERI INTI 4

MASALAH KESEHATAN JIWA

I. DEKSRIPSI SINGKAT

Proses menua merupakan proses yang disertai penurunan fisik, psikologik maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain dan mempunyai potensi menimbulkan masalah kesehatan jiwa. Keadaan pensiun dan berakhirnya peran yang dominan di rumah tangga akan mempengaruhi secara fisik dan psikologis.

Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 pada kelompok usia > 65 tahun, Gangguan Mental Emosional mencapai 56,8%. Oleh karena itu perlu diintensifkan dan dikembangkan program pelayanan kesehatan jiwa bagi lanjut usia secara lebih baik dan bermutu sehingga tercapai kualitas hidup yang baik.

Modul ini akan membahas tentang masalah kesehatan jiwa dan gangguan psikis yang sering ditemukan pada lanjut usia

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah menyelesaikan modul ini peserta mampu melakukan penatalaksanaan masalah kesehatan jiwa pada lanjut usia .

Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti modul ini, peserta pelatihan memiliki kemampuan untuk :

1. Mendeskripsikan gejala penyakit dan masalah mental emosional, pada Lanjut Usia
2. Mendeteksi gejala : depresi dan demensia dengan istrumen GDS dan AMT dan TMIG
3. Menjelaskan tata laksana awal dan melakukan rujukan untuk depresi, demensia dan insomnia
4. Melakukan edukasi, konseling sederhana masalah kesehatan lanjut usia

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

1. Depresi pada Lanjut Usia :
   a.Gejala
   b.Cara deteksi
   c.Tatalaksana dan rujukan

KEMENKES RI

2. Demensia dan gangguan perilaku
   a.Gejala
   b.Cara deteksi
   c.Tatalaksana dan rujukan
3. Insomnia dan sleep hygiene
   a.Gejala
   b.Cara deteksi
   c.Tatalaksana dan rujukan
4. Konseling

IV. BAHAN BELAJAR DAN REFERENSI

1. Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Lanjut usia di Puskesmas. Depkes. 2009.
2. Buku Pedoman Upaya Pembinaan Kesehatan Jiwa Lanjut usia . Depkes. 2004.
3. Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Lanjut usia (Psikogeriatrik) di Puskesmas. Depkes. 1999.
4. Buku Pedoman Kesehatan Jiwa (Pegangan Bagi Kader Kesehatan). Depkes. 2003.

V. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Langkah 1 : Pengkondisian

- Fasilitator memperkenalkan diri
- Fasilitator memnyampaikan tujuan pembelajaran

Langkah 2 : Membahas Pokok Bahasan

- Fasilitator menyampaikan materi dengan metode :- CTJ (Ceramah Tanya Jawab)
- Fasilitator meminta peserta untuk menanggapi materi yang disajikan.

Langkah 3. Simulasi konseling

Langkah 4. Praktek Lapangan : Cara pengisisn lembar check list
a. AMT dan GDS (Abbreviated Mental Test dan Geriatric Depression Scale)
b. TMIG (Tokyo Metropolitan Index of Gerontology kemandirian pasien)

VI. URAIAN MATERI

(copy dari buku pedoman lansia terbaru, materi konseling dari pp)

A. Depresi pada Lanjut Usia

Depresi adalah perasaan sedih dan tertekan yang menetap. Perasaan tertekan sedemikian beratnya sehingga yang bersangkutan tak dapat melaksanakan fungsi sehari – hari.
Lanjut Usia sering menderita depresi karena banyak mengalami kehilangan seperti kehilangan pekerjaan, kehilangan kemampuan fisik,

KEMENKES RI

kehilangan harga diri, kematian atau kehilangan pasangan hidup/ kerabat/ keluarga dekat, kepergian anak – anak.

1. **Gejala**

Pasien mungkin mengemukakan kesepian, kehilangan sesuatu yang dicintai (lost of love object), ada perasaan kosong / hampa, pesimis, kuatir masa depan, tak ada kepuasaan hidup, merasa hidupnya tidak bahagia, satu atau lebih gejala fisik (lelah, nyeri).
Penyidikan lanjutan akan menunjukkan depresi atau kehilangan minat akan hal-hal yang menjadi kebiasaannya. Iritabilitas (cepat marah, cepat tersinggung) kadang-kadang merupakan masalah yang dikemukakan.
Skrining depresi dapat dilakukan dengan instrumen Geriactric Depresion Scale (GDS)

2. **Cara deteksi**

- Suasana perasaan rendah atau sedih.
- Kehilangan minat atau kesenangan akan hal-hal yang menjadi kebiasaannya.
- Berlangsung minimal selama 2 minggu.
  Gejala penyerta berikut seringkali ditampilkan :
- Gangguan tidur;
- Rasa bersalah atau hilang kepercayaan diri;
- Kelelahan atau kehilangan tenaga atau penurunan libido;
- Agitasi atau perlambatan gerak atau pembicaraan;
- Gangguan nafsu makan;
- Pikiran atau tindakan bunuh-diri atau pikiran lebih baik mati;
- Konsentrasi buruk.
- Gejala anxietas atau kegelisahan juga seringkali menyertai.

Gejala depresi pada Lanjut Usia umumnya yang menonjol adalah gejala somatik, kuatir berlebihan, rasa bersalah dan cendrung menyangkal perasaan sedihnya (denial)

3. **Tatalaksana dan Rujukan**

a). Konseling pasien dan keluarga :

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

KEMENKES RI

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

Informasi yang perlu untuk pasien dan keluarga

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

b). Pengobatan

Pertimbangkan obat antidepresan jika terdapat gangguan depresi. Pada kasus yang berat, pertimbangkan pengobatan pada kunjungan pertama.

Pada kasus sedang, pertimbangkan pengobatan pada kunjungan berikut, jika konseling tidak menolong secara memadai. Bila pengobatan dan konseling tidak ada perbaikan dalam rentang waktu maximal 2 bulan segera dirujuk.

Pilihan pengobatan:

- Jika pasien berespons baik terhadap suatu obat tertentu di masa lampau, gunakan obat itu lagi.
- Jika pasien sudah lebih tua atau fisiknya sakit, gunakan pengobatan dengan efek samping antikolinergik dan kardio-vaskuler yang lebih sedikit/ringan.
- Jika pasien cemas atau tidak bisa tidur, gunakan obat dengan efek sedatif yang lebih kuat.

Berikan obat sampai mencapai dosis efektif. Antidepresan (Golongan Selektif Serotonin Reuptake Inhibitor / SSRI misalnya sertralin dan fluoksetin atau escitalopram) dengan dosis awal sebesar separuh dosis orang dewasa.

Jelaskan kepada pasien bahwa obat harus diminum setiap hari, bahwa perbaikan akan terjadi dalam 2-3 minggu sesudah

KEMENKES RI

pengobatan dimulai, dan bahwa efek samping ringan mungkin timbul, tetapi biasanya menghilang dalam waktu 1 minggu. Obat jangan dihentikan secara mendadak, dilanjutkan selama sekurang-kurangnya enam bulan sesudah perbaikan gangguan deprersi.

c). Rujukan/Konsultasi spesialistik

Pertimbangkan konsultasi jika pasien menunjukkan:

- Risiko bunuh-diri atau bahaya terhadap orang lain secara bermakna/menonjol;
- Gejala psikotik;
- Depresi bermakna yang bertahan sesudah tindakan pengobatan di atas.

B. Demensia dan Gangguan Perilaku

Demensia adalah kondisi kemerosotan mental yang terus menerus, makin lama makin buruk (progresif) meliputi penurunan daya ingat akan hal yang baru saja terjadi, kemunduran kemahiran berbahasa, kemunduran intelektual, perubahan perilaku dan fungsi – fungsi otak lainnya sehingga mengganggu aktifitas sehari – hari. Demensia dapat terjadi pada Lanjut Usia karena penyakit Alzheimer, stroke berulang, trauma kepala, dan gangguan faal tubuh (hormonal, nutrisi, defisiensi vitamin) alkohol dan lain – lain.

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

Dua jenis demensia yang tersering terjadi adalah demensia tipe Alzheimer dan demensia vaskuler (pasca "Stroke").

1). Gejala

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

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

KEMENKES RI

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

2). Cara deteksi

Penurunan daya ingat jangka pendek (recent memory), daya pikir, daya nilai, kemampuan orientasi, kemampuan berbahasa.

- Pasien sering tampak apatis atau acuh tak acuh, tetapi bisa tampak siaga dan wajar, walaupun daya ingatnya buruk.
- Penurunan fungsi sehari-hari (berpakaian, mandi, memasak, dan lain-lain).
- Kehilangan kendali emosional: mudah bingung, mudah menangis atau mudah tersinggung.

Pemeriksaan daya ingat dan daya pikir dapat meliputi:

- Kemampuan untuk mengingat nama tiga benda yang umum secara cepat dan mengulanginya kembali sesudah 3 menit.
- Kemampuan untuk menyebutkan nama hari dalam seminggu dengan urutan terbalik.

3). Tatalaksana dan rujukan

a). Konseling pasien dan keluarga

- Monitor kemampuan pasien untuk melaksanakan tugas sehari-hari secara aman.
- Jika kehilangan daya ingat hanya ringan, pertimbangkan penggunaan alat bantu mengingat atau pengingat.
- Hindari penempatan pasien di tempat atau situasi yang asing.
- Pertimbangkan cara untuk mengurangi stres pada mereka yang merawat pasien (misalnya, kelompok saling membantu). Dukungan dari keluarga lain yang juga merawat anggota keluarga dengan demensia bisa bermanfaat.
- Bicarakan rencana tentang wasiat, warisan dan keuangan (masalah hukum)
- Bila sesuai, bicarakan pengaturan tentang dukungan di rumah, masyarakat atau program rawat-siang, atau penempatan pemondokan.
- Agitasi yang tak terkendali mungkin memerlukan perawatan di rumah sakit atau rumah rawat khusus demensia (nursing home).

Rumah Rawat Werda atau Nursing Home adalah rumah perawatan untuk Lanjut Usia dengan layanan perawatan 24 jam sehari (berbeda dengan Panti Jompo atau Sasana Tresna Werda di Indonesia).

KEMENKES RI

Informasi yang perlu untuk pasien dan keluarga

- Demensia sering dijumpai pada usia tua dan harus dicari penyebabnya
- Kehilangan daya ingat dan kebingungan bisa menyebabkan problem perilaku (misalnya, agitasi, kecurigaan, letupan emosional).
- Kehilangan daya ingat biasanya berkembang lambat, tetapi perjalanannya sangat bervariasi.
- Penyakit fisik atau stres mental (depresi) bisa meningkatkan kebingungan dan mempengaruhi turunnya fungsi kognitif.
- Berikan informasi yang tersedia dan uraikan sumber pertolongan yang ada di masyarakat (asosiasi Alzheimer, support group, family meeting)
- Upayakan intervensi non obat dahulu untuk mengatasi gejala sebelum mempertimbangkan pemberian obat (modifikasi lingkungan, analisis situasi dan hindari aktivitas yang memicu gejala, mengunjungi day care)

b). Pengobatan

- Untuk demensia, saat ini baru tersedia obat simptomatik (asetilkolin esterase inhibitor) untuk menahan progresivitas penyakit.
- Penggunaan obat sedatif seperti benzodiazepin sebaiknya dihindari, karena efek samping mudah muncul dan bisa terjadi ketergantungan.
- Obat antipsikotik dalam dosis rendah (misalnya, haloperidol 0,5-1,0 mg. 1 atau 2 kali sehari) kadang-kadang diperlukan untuk mengendalikan agitasi, gejala psikotik atau agresi. Waspadai efek samping obat (Parkinsonisme, efek antikolinergik) dan interaksi obat.

c). Rujukan/Konsultasi Spesialistik

Pertimbangkan untuk dirujuk apabila mengalami gejala:

- Agitasi tak terkendali; perselisihan dalam keluarga
- Onset mendadak perburukan daya ingat atau bahasa atau fungsi kognitif lainnya
- Penyebab demensia yang bisa dikoreksi dan memerlukan pengobatan spesialistik (misalnya hidrosefalus tekanan normal, hematoma subdural, gangguan tiroid, tumor otak).

Pertimbangkan penempatan di rumah sakit atau rumah rawat werda jika perawatan intensif dibutuhkan.

C. Insomnia

Kebiasaan atau pola tidur Lanjut Usia dapat berubah, yang terkadang dapat mengganggu kenyamanan anggota keluarga lain yang tinggal serumah. Perubahan pola tidur dapat berupa tidak bisa tidur sepanjang malam, sering terbangun pada malam hari sehingga Lanjut Usia

KEMENKES RI

melakukan kegiatannya pada malam hari. Bila hal ini terjadi, carilah penyebab dan jalan keluar sebaik – baiknya.
Penyebab dapat berupa keadaan sebagai berikut :

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

1). Gejala

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

2). Cara deteksi

- Sulit masuk tidur.
- Tidur gelisah atau tidur yang tidak menyegarkan.
- Sering bangun atau periode bangun panjang.

3). Tatalaksana dan rujuakn

a). Cari underlying disease insomnia (depresi, demensia, cemas)
b). Konseling pasien dan keluarga

- Pertahankan kebiasaan tidur secara teratur dengan:
  - Relaksasi pada sore hari.
  - Mulai tidur dan bangun pagi pada jam yang sama setiap hari, jangan terlalu mengubah jadual tidur pada malam minggu.
  - Bangun pada waktu yang sama di pagi hari walaupun malam harinya sulit tidur.
  - Hindari tidur siang karena hal ini dapat mengganggu tidur malam harinya.
  - Lakukan latihan relaksasi untuk menolong pasien masuk tidur.
  - Anjurkan pada pasien untuk menghindari minum kopi dan alkohol.
- Bila pasien tidak bisa tertidur dalam waktu 20 menit, anjurkan untuk bangun dari tempat tidur dan mencobanya kembali setelah merasa mengantuk.
- Olahraga pada pagi atau siang hari dapat menolong pasien tidur nyenyak.

Informasi yang perlu untuk pasien dan keluarga :

- Problem tidur yang temporer adalah hal yang lazim pada saat stres atau menderita penyakit fisik.
- Jumlah tidur yang normal sangat bervariasi dan biasanya menurun sesuai dengan meningkatnya usia.

KEMENKES RI

- Perbaikan kebiasaan tidur (tanpa obat tidur) adalah terapi yang paling baik.
- Kekhawatiran tentang tidak bisa tidur dapat memperburuk keadaan insomnia.
- Alkohol dapat menolong untuk memulai tidur, tapi dapat menyebabkan tidur gelisah dan bangun terlalu pagi.
- StimuLansia (misalnya kopi dan teh) dapat menyebabkan atau memperburuk insomnia.

c). Pengobatan

- Obati kondisi fisik atau psikiatrik yang mendasari gangguan tidur.
- Bila diperlukan lakukan perubahan pengobatan yang lebih tepat.
- Obat hipnotik dapat digunakan secara intermiten (misalnya estazolam 1 - 2 mg sebelum tidur). Risiko ketergantungan meningkat secara bermakna setelah 14 hari pemakaian.
- Hindari obat hipnotik pada kasus insomnia kronis.

d). Rujukan/Konsultasi spesialistik

Pertimbangkan konsultasi:

- Jika diduga gangguan tidur lebih kompleks (misalnya narkolepsi, "Sleep apnoea").
- Jika insomnia berlanjut menetap walaupun hal di atas sudah dilaksanakan.

D. Konseling

Konseling:

Merupakan proses membantu seseorang untuk belajar menyelesaikan masalah interpersonal, emosional dan atau memutuskan hal tertentu.

Tujuan:

- Membantu kemampuan klien untuk mengambil keputusan yang bijaksana dan realistik.
- Menuntun perilaku klien agar mampu mengemban konsekuensinya
- Memberikan informasi dan edukasi

Kriteria Konseling

- Fokus pada masalah klien.
- Percakapan dua arah.
- Terstruktur: menyambut, membahas, membantu menetapkan pilihan, mengingatkan.
- Bertujuan membantu klien untuk mengenal dirinya, memahami permasalahannya, melihat peluang dan mencari alternatif penyelesaiannya.
- Memerlukan kemampuan melakukan komunikasi interpersonal.
- Dilakukan dalam suasana yang menjamin rasa aman dan nyaman.

KEMENKES RI

Tekhnik Konseling

Teknik konseling adalah seperangkat metode yang digunakan dalam melakukan konseling.

Teknik konseling terdiri atas:

- kemampuan melakukan komunikasi
- membangun kerjasama dengan klien
- menjadi pendengar yang terampil
- memahami kebutuhan klien
- merencanakan program konseling hingga selesai

Tujuan Komunikasi dalam Konseling

- Untuk membentuk komunikasi pribadi:
  - membina *rapport* & berempati kepada klien
  - membangun kerjasama dengan klien
  - menjadi pendengar yang terampil
  - berbicara singkat (tidak lebih banyak dari klien)
  - bila tidak tahu harus mengatakan sesuatu lebih baik diam
  - mengenali resistensi klien
  - merencanakan tujuan dan pengakhiran konseling sejakawal
- Mencapai tujuan yang diinginkan dari proses konseling yaitu terbantunya penyelesaian problem klien

Persiapan Konseling

Beberapa hal yang diperlukan oleh seorang konselor untuk melakukan konseling:

- Mengetahui alasan konseling (a.l.mengatasi kesulitan pengambilan keputusan, keraguan dalam pilihan vital, penyesuaian diri dalam situasi baru)
- *Setting* dan tempat konseling
- Memahami kasus yang memerlukan konseling (mengalami stresor psikososial yg secara subyektif bermakna, mis. kehilangan orang yg dicintai, perceraian orangtua,dll)
- Menyiapkan alat bantu konseling yang mungkin diperlukan (a.l. gambar, buku, kertas *tissue)*

Tujuan persiapan

- Agar konselor dapat mempersiapkan diri secara optimal sebelum melakukan konseling.
- Agar dapat melakukan antisipasi terhadap kemungkinan yang dapat terjadi selama proses konseling
- Untuk mendukung tercapainya tujuan konseling.

Langkah-langkah konseling terdiri atas :

- Menyambut (sikap, kalimat pembuka: "Ada yang bisa saya bantu?" tidak dianjurkan "Ada masalah apa?")
- Membahas (konseling tidak bisa *instant*, perhatikan: arahkan klien bila sulit formulasikan yang ingin diungkapkan, bicara singkat kecuali pada saat konklusi)

KEMENKES RI

- Membantu menetapkan pilihan (tidak dianjurkan segera memberi nasihat, bila klien sangat tegang bantu ajukan alternatif pilihan).
- Mengingkatkan hal-hal penting

Percakapan Konseling
Adalah saling interaksi antara konselor dan kliennya dalam bentuk kalimat baik verbal maupun non verbal. Hubungan konselor dan klien biasanya mendalam, melibatkan emosi. Percakapan Konseling bermakna:

- Pemberian informasi:
  Konselor tidak memberikan informasi yang tidak ditanyakan oleh klien sering diajukann klien untuk menghindarkan dari problem sebenarnya secara lebih mendalam (resistensi)
- Pemberian saran:
  Tidak diberikan terlalu dini, adakalanya dalam bentuk pertanyaan, yang dalam menanggapinya klien mendapat pencerahan
- Penyelesaian masalah:
  Jangan dilakukan pada fase awal, usaha konselor untuk ciptakan alternatif dan anjuran strategi penyelesaian problem klien (sering klien sudah mengetahui dan perlu arah yang tepat)

Cara bertanya:

- Hindari bertanya dengan kalimat terlalu panjang (pertanyaan terbuka lebih baik)
- Hindarkan pertanyaan "Mengapa" karena sulit dijawab dan klien justru dapat bersikap defensif
- Nada dan intonasi ke arah netral, tanpa terpengaruh kalimat klien yang bermuatan emosi tinggi.
- Usahakan bertanya tentang hal yang memang berasal dari klien, jangan terperangkap oleh asosiasi konselor sendiri terhadap kata atau kalimat klien
- Tidak dianjurkan ajukan pertanyaan dengan ungkapkan sesuatu yang sama sekali baru bagi klien, terlbih dengan muatan emosi tinggi

Gaya bertanya dalam konseling:

- Usahakan tidak dengan gaya interogasi atau yang membuat klien merasa tertekan.
- Usahakan tidak terkesan seperti menggurui
- Tidak dianjurkan dengan gaya formal karena membuat jarak. Sebaliknya jangan terlalu cepat akrab sehingga batas konselor-klien terlampaui

Menjawab pertanyaan dalam konseling:

- Usahakan tidak langsung menjawab pertanyaan, terlebih yang penyelesaian problem secara *instant*

KEMENKES RI

- Usahakan pahami klien lebih mendalam terlebih dahulu: motivasi dan karakternya menjawab dengan misalnya Menurut Anda seperti itu?"

Menurut A sendiri kira-kira ...."

Mendengar dalam konseling

- Merupakan alat yang diandalkan dalam konseling
- Mendengar dengan saksama (*empathic listening, and not just hearing*)
- Mendengarkan nada (tinggi-rendahnya), volume (lirih-kerasnya), intonasi (datar, bervariasi, amat berfluktuasi)
- Mendengarkan metafor, yaitu kata-kata yang mempunyai makna lain selain yang benar-benar diucapkan

Menyimpulkan Konseling

- Penyimpulan tentang isu atau topik dapat dilakukan pada sesi berlangsung, akhir sesi atau akhir proses konseling
- Dapat dilakukan oleh kedua belah pihak
- Dapat digunakan sebagai cara untuk memantapkan proses konseling sehingga klien mau melanjutkan hingga masalahnya terselesaikan.
- Membantu klien mencapai tilikan atas kondisi jiwanya.
- Menetapkan langkah selanjutnya berdasarkan simpulan yang telah disepakati (melanjutkan konseling, atau sementara dapat berdiri sendiri, atau dirujuk ke yang lebih ahli)

KEMENKES RI

Lampiran 1

LEMBAR TILIK
KKD KONSELING

Nama Mahasiswa :
Tanggal Ujian :
Lembar Observasi : KONSELING

No.	Proses Yang Diamati	Ada(1)	Tidak(0)
1	Menjelaskan tujuan pemeriksaan dan kerahasiaan		
2	Membangun rapport		
3	Menanyakan pertanyaan dengan tujuan/maksud yang jelas (deskripsi, *collecting data* yang menuju pada penemuan satu permasalahan tertentu)		
4	Memberikan respons yang tepat kepada pasien		
5	Menunjukkan kemampuan komunikasi verbal maupun non verbal		
6	Mendengarkan secara aktif		
7	Mampu menilai emosi pasien dengan baik		
8	Mempertahankan kontak mata		
9	Memberikan kesimpulan dari permasalahan pasien		
10	Memberikan reassurance dan dukungan		
11	Memberikan saran dan bimbingan		
	Skor Total		

Nilai minimal 6

Penilaian secara umum:
- Tidak lulus
- Lulus

Tanda Tangan Penguji

KEMENKES RI

Lampiran 2

PANDUAN PEMBIMBING
Praktikum: Konseling

Tujuan :
Memperkenalkan prinsip dan teknik konseling

Peserta :
Setiap pembimbing bertanggung jawab pada 1 kelompok yang terdiri dari 8-9 orang peserta KKD

Waktu:
Waktu pelaksanaaan 2 jam

Metoda:
1. Peserta dibagi dalam 4 kelompok sesuai jadual

2. Pembimbing mengingatkan prinsip-prinsip konseling :
   - apa itu konseling?
   - dasar-dasar pendekatan konseling
   - tugas konselor
   - proses konseling
   - syarat konselor yang baik
   - tujuan konseling

3. Berlatih **bermain peran**:
   - peserta memainkan peran sebagai konselor dan pasien
   - kepada peserta yang memerankan pasien, diberikan skrip yang harus dilakoni
   - secara bergilir setiap pasangan peserta memainkan perannya.
   - ketika 1 pasangan bermain peran, peserta lainnya mengobservasi dan melakukan penilaian
   - selesai bermain peran, peserta diminta untuk aktif memberikan masukan kepada temannya (dimulai dari hal baik yang telah dilakukan, baru saran untuk perbaikan ke depan).
   - Masukan yang diberikan berhubungan dengan teknik konseling

4. Setelah selesai semua peserta bermain peran, pembimbing menutup dengan memberikan resume tentang aktivitas praktikum dengan mengingat kembali tentang prinsip dan teknik konseling

KEMENKES RI

Lampiran 3

SKRIP PRAKTIKUM KONSELING

Kasus 1

Seorang perempuan, 29 thn, hamil G3P2A0 hamil 26 minggu, datang dikonsulkan dari departemen Obstetri dan Ginekologi karena sulit tidur sejak 2 minggu sebelumnya. Pasien seorang dosen pada salah satu perguruan tinggi. Anak pertama usia 7 tahun, anak kedua meninggal umur 1 hari. Pasien mencemaskan keadaan kehamilannya, ia takut bila anaknya lahir akan meninggal seperti anak kedua. Ia merasa lelah karena kecemasan ini dan tidak bisa tidur. Ia berpikir untuk berhenti atau cuti dulu dari pekerjaannya, karena akhir-akhir inipun ia sulit berkonsentrasi saat bekerja, dan selalu merasa lelah bila pulang bekerja. Ia berpikir mungkin keadaan akan lebih baik bila ia berhenti bekerja, tetapi di lain pihak ia ragu untuk berhenti kerja karena seseungguhnya ia sangat menyenangi pekerjaannya ini.

Kasus 2

Seorang wanita, 40 tahun, P4A0, anak pertama berusia 15 tahun, anak kedua 10 tahun, anak ketiga berusia 7 tahun, dan anak ke empat berusia 4 tahun, datang pada anda karena akhir-akhir ini bila menstruasi sangat banyak, dan waktu lebih panjang hingga 2 minggu, pasien menggunakan IUD sejak kelahiran anak pertama, dan biasanya tidak ada keluhan. Saat ini pasien dalam kondisi bingung, ia ingin melepas kontrasepsi namun takut hamil, tapi bila tidak dilepas perdarahan tersebut mengganggu, karena tidak bisa shalat.

KEMENKES RI

Lampiran 4

KUESIONER INDEKS KOMPENTENSI TMIG (versi Indonesia)

Jawablah pertanyaan di bawah sesuai dengan **kondisi Anda saat kini.**
Beri tanda V pada kolom ya atau tidak.

No	Pertanyaan	YA	TIDAK
1	Apakah anda dapat menggunakan kendaraan umum (bis atau kereta api) sendiri?		
2	Apakah anda dapat pergi berbelanja untuk keperluan sehari-hari?		
3	Apakah anda dapat menyiapkan makanan anda sendiri?		
4	Apakah anda dapat membayar tagihan-tagihan anda (listrik, air, telepon dll)?		
5	Apakah anda dapat mengurus keuangan anda di bank?		
6	Apakah anda dapat mengisi formulir pensiun/pegawai anda?		
7	Apakah anda membaca surat kabar / koran?		
8	Apakah anda membaca buku-buku atau majalah?		
9	Apakah anda tertarik dengan berita atau program terbaru tentang kesehatan?		
10	Apakah anda masih mengunjungi rumah teman-teman anda?		
11	Apakah anda kadang-kadang dimintai saran / pendapat?		
12	Apakah anda dapat mengunjungi teman yang sedang sakit?		
13	Apakah anda kadang-kadang mengajak orang muda bercakap-cakap?		

Nama :
Umur :

Skor :
Catatan :

KEMENKES RI

Lampiran 4

MATERI INTI 5
MASALAH KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA LANJUT USIA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Permasalahan kesehatan gigi dan mulut pada lanjut usia berdasarkan hasil riset kesehatan dasar pada tahun 2007 (Riskesdas), antara lain:

- Pada kelompok umur 45-54 tahun sudah ditemukan 1,8% hilang seluruh gigi asli, dan pada kelompok umur 65 tahun ke atas hilangnya seluruh gigi mencapai 17,6%.
- Persentase penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi menurut karakteristik responden, pada usia 55 – 64 tahun berperilaku benar menggosok gigi 5,4%, sedangkan diatas usia 65 tahun keatas 3,5%.
- Prevalensi karies aktif dan pengalaman karies menurut karakteristik responden, usia diatas 65 tahun karies aktif 32,5%, sedangkan pengalaman karies 94,4%.
- Persentase penduduk yang menerima perawatan/pengobatan gigi menurut jenis perawatan dan karakteristik responden, yang melakukan penambalan/ pencabutan/ bedah gigi pada usia 55 – 64 tahun yaitu 44,4%, usia 65 tahun keatas sebesar 39,8%.

Melihat hal tersebut diatas, maka kesehatan gigi dan mulut pada lanjut usia perlu mendapat perhatian yang cukup, karena secara tidak langsung kesehatan gigi dan mulut pada lanjut usia dapat mendukung usia harapan hidup. Bila lanjut usia yang sudah kehilangan gigi tidak segera dibuatkan gigi palsu (prothesa gigi), maka pengunyahan makanan menjadi tidak sempurna dan proses penyerapan makanan juga akan terganggu.

Modul ini akan membahas secara singkat tentang masalah-masalah kesehatan gigi dan mulut pada lanjut usia.

KEMENKES RI

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu memahami tentang kesehatan gigi dan mulut bagi lanjut usia yang dilakukan di puskesmas.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan :

1. Masalah kesehatan gigi dan mulut pada lansia
2. Pencegahan masalah kesehatan gigi dan mulut pada lansia
3. Penatalaksanaan masalah kesehatan gigi dan mulut pada lansia

III. POKOK BAHASAN dan SUB POKOK BAHASAN

A. Masalah kesehatan gigi dan mulut pada lansia
B. Pencegahan Penyakit Gigi dan Mulut Pada Lanjut Usia
   1. Cara menyikat gigi yang baik dan benar serta waktu menyikat gigi.
   2. Menggunakan alat-alat bantu pembersih gigi
   3. Makanan yang berpengaruh merusak gigi
   4. Makanan yang baik untuk mendukung kesehatan gigi
   5. Periksa gigi secara teratur.
C. Penatalaksanaan Penyakit Gigi dan Mulut Pada Lanjut Usia

IV. LANGKAH – LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Langkah 1. Pengkondisian

- Fasilitator memperkenalkan diri dan menciptakan suasana nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi.
- Fasilitator menyampaikan Tujuan Pembelajaran Umum dan Tujuan Pembelajaran Khusus

Langkah 2. Membahas Pokok Bahasan

1. Fasilitator membahas Pokok bahasan 1 – 3 dengan menayangkan power point tentang masalah kesehatan gigi dan mulut pada lanjut usia
2. Fasilitator meminta peserta untuk bertanya bagian yang kurang dipahami dan memberikan tanggapan atas pertanyaan peserta

Langkah 3. Demonstrasi

- Fasilitatator memperagakan cara menyikat gigi yang baik dan benar serta waktu menyikat gigi, menggunakan alat-alat bantu pembersih gigi
- Fasilitatator meminta peserta untuk memperagakan cara menggosok gigi dan cara menggunakan alat bantu pembersih gigi

V. URAIAN MATERI

A. MASALAH KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA LANSIA

Masalah kesehatan gigi pada lansia terutama kehilangan gigi pada lansia merupakan salah satu penyebab menurunnya kualitas kesehatan lansia. Kehilangan gigi akan sangat berpengaruh terhadap penyerapan dan metabolisme zat gizi yang diserap oleh tubuh sehingga tubuh kekurangan gizi.

Sejumlah bukti menunjukkan bahwa kesehatan mulut merupakan komponen penting dari kesehatan umum. Kesehatan mulut yang buruk dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan secara keseluruhan, yang disertai penurunan kemampuan mengunyah dan makan, sehingga mempengaruhi asupan nutrisi.

KEMENKES RI

Penyakit sistemik, penyakit yang menyerang ke dalam tubuh, dan atau efek samping pengobatan penyakit juga memberikan dampak ke kawasan mulut, dapat berupa peningkatan risiko penyakit rongga mulut, penurunan aliran ludah, memengaruhi sensasi rasa dan bau, nyeri orofasial, pertumbuhan berlebihan ginggiva, resorpsi tulang alveolar, dan mobilitas gigi. Pemakaian banyak obat sekaligus pada lanjut usia juga memperburuk dampak terhadap kesehatannya.

Sebagai akibat proses penuaan, pada gigi terjadi perubahan antara lain penyusutan (perubahan atrofik) pada rahang sehingga gigi mudah tanggal.Selain itu, kata dia, perubahan atrofik juga terjadi pada mukosa (selaput lendir) dan kelenjar serta otot-otot pencernaan. Berbagai perubahan itu akan menyebabkan gangguan mengunyah dan menelan, perubahan nafsu makan, dan bahkan menimbulkan berbagai penyakit.

B. PENCEGAHAN PENYAKIT GIGI DAN MULUT

Kita dapat terhindar dari penyakit gigi dan mulut seperti karies gigi dan radang gusi bila mengikuti cara-cara pencegahan ini dengan seksama.

1. Cara Menyikat Gigi Yang Baik dan Benar serta Waktu Menyikat Gigi

Ada hal-hal yang harus kita perhatikan dalam menyikat gigi :

a. Pergunakan odol/pasta gigi yang mengandung fluor.
b. Kumur-kumurlah sebelum menyikat gigi.
c. Tekanan waktu menyikat gigi jangan terlalu keras.
d. Untuk gigi rahang atas tempatkan bulu sikat miring 45o kearah atas antara gigi dan gusi. Putar sikat perlahan-lahan, sikat kearah bawah. Dengan cara ini kita dapat mengeluarkan kotoran dari celah-celah gigi dan dapat memijat gusi sehingga peredaran darah menjadi lancar.
e. Untuk gigi rahang bawah, tempatkan bulu sikat miring 45° ke arah bawah dan diputar perlahan-lahan ke arah atas.
f. Seluruh permukaan gigi harus disikat mulai dari permukaan gigi dekat pipi dan bibir untuk rahang atas dan rahang bawah, maupun permukaan dekat lidah pada rahang bawah dan permukaan dekat langit-langit pada rahang atas.
g. Untuk permukaan kunyah (oklusal) disikat secara maju mundur.
h. Seluruh permukaan disikat lebih kurang 2 menit dan sedikitnya delapan kali gerakan untuk setiap permukaan.
i. Setelah permukaan gigi selesai disikat, kumur-kumurlah satu kali saja agar sisa fluor masih ada di gigi.
j. Bersihkan sikat gigi dengan air dan simpanlah sikat gigi tegak dengan posisi kepala sikat berada diatas.

KEMENKES RI

k. Biasakanlah menyikat gigi dengan cermin agar kita dapat melihat bagian-bagian dari gigi yang disikat dan yang belum terbersihkan, selain itu kita dapat menemukan adanya kelainan pada gigi, misalnya gigi yang berlubang dan sebagainya melalui cermin tersebut.

l. Menyikat gigi minimal 2 kali sehari, pagi sesudah makan dan malam sebelum tidur.

2. Menggunakan Alat-Alat Bantu Pembersih Gigi

Selain sikat gigi kita dapat menggunakan alat-alat pembantu untuk membersihkan gigi seperti

a. Tusuk Gigi.

Tusuk gigi digunakan bila ada makanan yang menyangkut disela sela gigi. Pergunakan bagian yang lancip/tajam dari tusuk gigi ke arah atas untuk gigi rahang bawah dan ke arah bawah untuk gigi rahang atas, kemudian doronglah sisa makanan tersebut keluar. Jangan mengarahkan tusuk gigi ke arah gusi karena dapat melukai gigi.

b. Benang Gigi

Benang gigi kegunaannya sama dengan tusuk gigi kelebihannya benang gigi dapat menghilangkan plak di sela-sela gigi. Benang gigi dapat dibeli di apotek atau toko-toko swalayan.

3. Makanan Yang Mempengaruhi Terhadap Kerusakan Gigi

Hindari atau kurangilah makanan-makanan yang dapat mempengaruhi terhadap kerusakan gigi, seperti :

a. Makanan yang manis-manis dan lengket, seperti permen, cokelat, gulali, cake atau taart.
b. Makanan yang terlalu asam, misalnya yang mengandung cuka.
c. Makanan yang terlalu dingin atau panas.

4. Makanan Yang Baik Untuk Menunjang Kesehatan Gigi.

Makanan yang diberikan harus mengandung gizi yang cukup sesuai dengan pola umum gizi seimbang.

5. Periksa Gigi Secara Teratur

Bila menemui kelainan-kelainan pada gigi dan mulut segeralah berobat ke puskesmas/balai pengobatan gigi atau dokter gigi. Bila gigi yang rusak atau sakit sudah dirawat semua, periksakanlah gigi secara teratur 6 bulan sekali.

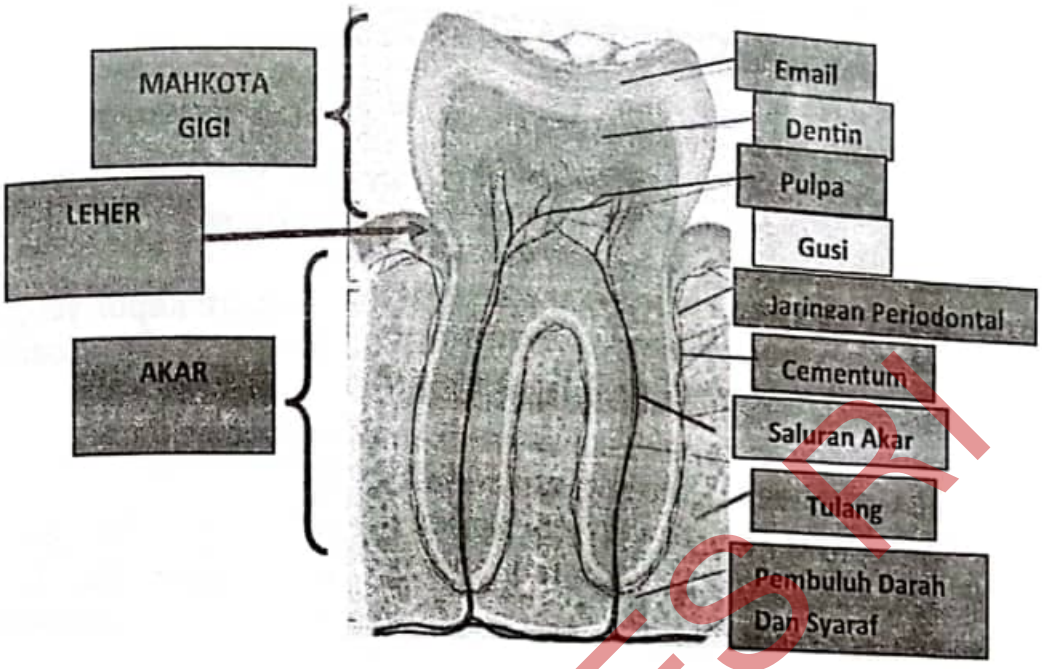
a. Pemeriksaan

Pemeriksaan gigi dan mulut dilakukan dengan menggunakan alat bantu pemeriksaan. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menemukan kelainan-kelainan gigi dan mulut secara dini,

KEMENKES RI

sehingga dapat dilakukan pencegahan, penatalaksanaan serta rujukan yang lebih efektif.

b. Anatomi Gigi



c. Alat Bantu Pemeriksaan :

- Pinset :
  Kegunaannya untuk menjepit kapas, mengambil kotoran yang besar dan keras dari lubang gigi.
- Sonde :
  Kegunaannya untuk mengetahui adanya lubang gigi yang kecil dengan cara menelusuri ke lekuk-lekuk gigi atau ke daerah pada gigi yang dicurigai ada lubang, bila ternyata ada lubang sonde tersebut akan menyangkut.
- Kaca mulut :
  Untuk membantu melihat daerah-daerah di daiam mulut yang tidak bisa dilihat langsung oleh mata kita karena terhalang misalnya oleh gigi lainnya.
- Excavator :
  Gunanya untuk membersihkan kotoran di dalam lubang gigi.

d. Posisi Waktu Memeriksa Penderita

- Penderita duduk di kursi *(dental chair)* dengan menepatkan kepala penderita pas pada tempatnya, sehingga penderita terasa nyaman dan menghindari kepala dan leher penderita sakit.
- Usahakan adanya penerangan yang cukup, karena itu penderita harus duduk menghadap ke arah datangnya cahaya yang bersumber dari lampu yang ada pada unit gigi *(dental unit)*.

KEMENKES RI

- Pemeriksa bisa duduk / berdiri di samping kanan depan penderita.

e. Bagian Mulut Yang Harus Diperiksa.

1. Gigi

Kelainan-Kelainan Yang Ditemukan :

a. Gigi kotor :
- Pada permukaan gigi yang diperiksa terdapat lapisan/endapan yang berwarna putih kekuningan (Plak).
- Adanya lapisan keras seperti kapur yang menutupi gigi yang berbatasan dengan gusi; Lapisan ini disebut karang gigi.
- Kombinasi dari kedua keadaan diatas.

b. Gigi berlubang dan sisa akar

Gigi berlubang dalah gigi dengan keadaan sebagai berikut :
- Adanya titik atau garis berwarna hitam pada permukaan gigi, dimana bila diraba dengan alat sonde sudah menyangkut.
- Terlihat lubang dengan jelas pada dataran kunyah atau sela-sela gigi.

c. Sisa akar adalah kerusakan gigi yang telah sedemikian parahnya, sehingga gigi hanya tinggal akarnya.

2. Gusi

Kelainan pada gusi, misalnya : Radang Gusi; tandanya gusi yang berbatasan dengan mahkota gigi berwarna merah gusi membesar dan mudah berdarah bila disentuh.

3. Bagian-bagian lain dari mulut seperti selaput lendir bibir, pipi lidah.

A. PENATALAKSANAAN PENYAKIT GIGI DAN MULUT

1. Karies gigi

a. Definisi/Pengertian Karies

Karies gigi merupakan suatu penyakit infeksi pada jaringan keras gigi yang mengakibatkan kerusakan struktur gigi dan bersifat kronik.

b. Penyebab

Hal –hal yang mendukung terjadinya karies gigi :
- Gigi yang peka, yaitu gigi yang mengandung sedikit flour atau memiliki lubang, adanya lekukan maupun alur yang menahan ***plak.***
- Bakteri yang paling sering adalah bakteri ***Streptococcus mutans.***

KEMENKES RI

- Dalam keadaan normal, di dalam mulut terdapat bakteri. Bakteri ini mengubah semua makanan (terutama gula dan karbohidrat) menjadi asam. Bakteri, asam, sisa makanan dan ludah bergabung membentuk bahan lengket yang disebut ***plak***, yang menempel pada gigi. Plak paling banyak ditemukan di gigi geraham belakang. Jika tidak dibersihkan maka *plak* akan membentuk *mineral* yang disebut karang gigi (*kalkulus, tartar*).

c. Gambaran Klinis

- Biasanya, suatu kavitasi di dalam enamel tidak menyebabkan sakit, nyeri baru timbul jika pembusukan sudah mencapai dentin.
- Nyeri yang dirasakan jika meminum dingin menunjukkan bahwa pulpa masih sehat.
- Jika pengobatan dilakukan pada stadium ini maka gigi bisa diselamatkan dan tampaknya tidak akan timbul nyeri maupun kesulitan menelan.
- Suatu kavitasi yang timbul di dekat atau telah mencapai pulpa menyebabkan kerusakan yang tidak dapat diperbaiki. Nyeri ada walaupun perangsangnya dihilangkan (contohnya air dingin). Bahkan gigi terasa sakit meskipun tidak ada perangsang (*sakit gigi spontan*).

d. Diagnosis :

Gigi berlubang/karies gigi

e. Penatalaksanaan

- Bergantung pada kedalaman karies :
  - Jika pembusukan berhenti sebelum mencapai dentin, maka email membaik dengan sendirinya dan bintik putih di gigi akan menghilang, perlindungan dentin dengan mengulas fluor.
  - Jika dentin yang menutup pulpa sudah tipis maka dapat dilakukan *pulp capping indirec* dengan menggunakan pelapis dentin Ca(OH)2.
  - Jika pembusukan telah mencapai dentin, maka bagian gigi yang membusuk harus diangkat dan diganti dengan penambalan (*restorasi*) dengan tumpatan tetap (amalgam, glass ionomer, komposit resin).
- Bila kedalaman karies sudah lanjut dan tidak dapat lagi dipertahankan, maka dilakukan pencabutan gigi:
  - Sebelum melakukan pencabutan gigi perhatikan tanda-tanda kelainan sistemik pada lanjut usia seperti penyakit diabetes mielitus, jantung, hipertensi dan lain-lain yang akan berakibat pada penatalaksanaan.

KEMENKES RI

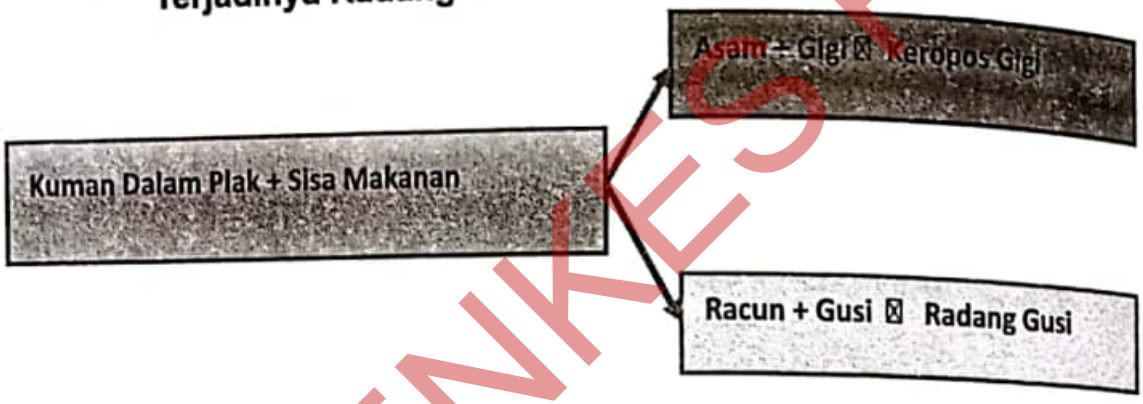
- Konsulkan bila terdapat tanda-tanda seperti diatas ke dokter umum atau dokter spesialis penyakit dalam, untuk penatakasanaan pencabutan gigi lebih lanjut.
- Bila tanda-tanda tersebut tidak ada, maka lakukan pencabutan gigi dengan menggunakan anestesi yang aman bagi lanjut usia dan rencanakan penatalaksanaan lebih lanjut untuk pembuatan gigi palsu *(prothesa)*.

2. Radang Gusi

a. Pengertian Radang Gusi

Radang gusi atau gingivitis adalah penyakit pada gusi yang menyebabkan gusi sekitar leher gigi membengkak, berwarna lebih merah dari biasanya serta mudah berdarah.

Terjadinya Radang Gusi



Radang gusi ini akan lebih parah bila terdapat karang gigi. Kelainan-kelainan lainnya yang terdapat pada gusi adalah luka tertembus akar gigi susu (pada anak-anak), pembengkakkan (benjolan berisi nanah) karena infeksi dari gigi keropos.

b. Radang gusi pada rongga mulut meliputi:

- **Abses Gigi**
  - **Definisi/Pengertian**
    Pengumpulan nanah yang telah menyebar dari sebuah gigi ke jaringan di sekitarnya, biasanya berasal dari suatu infeksi.
  - **Penyebab**
    Abses ini terjadi dari infeksi gigi yang berisi cairan (nanah) dialirkan ke gusi sehingga gusi yang berada di dekat gigi tersebut membengkak.
  - **Gambaran Klinis**
    - Pada pemeriksaan tampak pembengkakan disekitar gigi yang sakit. Bila abses terdapat di gigi depan atas, pembengkakan dapat sampai ke kelopak mata, sedangkan abses gigi belakang atas menyebabkan bengkak sampai ke pipi.

KEMENKES RI

- Abses gigi bawah menyebabkan bengkak sampai ke dagu atau telinga dan submandibularis atau submaksilaris.
- Penderita kadang demam, kadang tidak dapat membuka mulut lebar.
- Gigi goyah dan sakit saat mengunyah.

- **Diagnosis**
  Pembengkakan gusi dengan tanda peradangan di sekitar gigi yang sakit, biasa disebut Abses Gigi.
- **Penatalaksanaan**
  - Pasien dianjurkan berkumur dengan air hangat.
  - Simtomatik : parasetamol (bila diperlukan), lansia/ dewasa : 500 mg diberikan 3 x sehari.
  - Jika jelas ada infeksi, dapat diberikan amoksilin atau antibiotik lainnya selama 5 hari, dengan tetap menanyakan riwayat alergi terhadap penggunaan antibiotik sebelumnya dan berikan juga analgesik bila diperlukan, lansia/dewasa: 500 mg diberikan 3 x sehari,
  - Bila ada indikasi pencabutan, setelah infeksi reda harus dilakukan pencabutan gigi, yang sebelumnya harus ditanyakan dahulu penyakit degenerative seperti hipertensi, diabetes dan lain-lain, bila ada kontra indikasi lakukan rujukan terlebih dahulu.

b. Ginggivitis

- **Definisi**
  Ginggivitis adalah Inflamasi ginggiva marginal atau radang gusi.
- **Penyebab**
  - Radang gusi ini dapat disebabkan oleh faktor lokal maupun faktor sistemik.
  - Faktor lokal diantaranya karang gigi, bakteri, sisa makanan (plak), pemakaian sikat gigi yang salah, rokok, tambalan yang kurang baik.
  - Plak dan kalkulus bisa mengiritasi gusi sehingga timbul *gingivitis*.
  - Faktor sistemik meliputi Diabetes Melitus (DM), ketidakseimbangan hormon (saat menstruasi, kehamilan, menopause, pemakaian kontrasepsi), keracunan logam, dan sebagainya.
- **Gambaran Klinis**
  - Penderita biasanya mengeluh mulut bau, gusi bengkak mudah berdarah, tanpa nyeri, hanya kadang terasa gatal.
  - Pada pemeriksaan gusi tampak bengkak, berwarna lebih merah dan mudah berdarah pada sondasi. Kebersihan mulut biasanya buruk.

KEMENKES RI

- Ginggivitis herpes biasanya disertai gejala herpes simpleks. Tanda yang ada pada gusi tidak disertai bau mulut.
- Salah satu bentuk radang gusi adalah perikoronitis yang gejalanya lebih berat: demam, sukar membuka mulut.

- **Diagnosis**
  Peradangan pada gusi, biasa disebut gingivitis

- **Penatalaksanaan**
  - Anjurkan pasien untuk memperbaiki kebersihan mulut dan berkumur dengan obat kumur seperti iodium povidon atau betadin kumur atau chlor hexidine dilakukan 3 x sehari selama 3 hari.
  - Karang gigi yang ada dalam rongga mulut dibersihkan dan lakukan fisioterapi oral.
  - Bila dengan perbaikan kebersihan tidak sembuh, berikan amoksilin 500 mg atau antibiotik lainnya dengan tetap menanyakan riwayat alergi terhadap penggunaan antibiotik sebelumnya, diberikan 3 x sehari selama 5 hari, dan perlu ditanyakan terhadap kemungkinan sebab penyakit sistemik seperti diabetes, hipertensi dan lain-lain serta bila ada tanda-tanda tersebut untuk dapat dikonsultasikan dengan dokter umum/dokter spesialis.
  - Perikoronitis memerlukan antibiotik, diberikan selama 5 hari dengan amoksilin atau eritromisin 500 mg atau antibiotik lainnya diberikan 3 x sehari, dan jika diperlukan lakukan pengangkatan *operculum*.

c. Periodontitis

- **Definisi**
  Peradangan jaringan periodontium yang lebih dalam yang merupakan lanjutan dari peradangan ginggiva.

- **Penyebab**
  - Sebagian besar periodontitis merupakan akibat dari penumpukan plak dan karang gigi (tartar) diantara gigi dan gusi.
  - Terbentuk kantong diantara gigi dan gusi, dan dapat meluas ke bawah diantara akar gigi dan tulang dibawahnya. Kantong ini mengumpulkan plak dalam suatu lingkungan bebas oksigen yang mempermudah pertumbuhan bakteri, jika keadaan inti dirusak sehingga gigi lepas.

- **Gambaran Klinis**
  - Perdarahan gusi
  - Perubahan warna gusi
  - Bau mulut (*halitosis*)

KEMENKES RI

MILIK PERPUSTAKAAN KEMENTERIAN KESEHATAN

- **Diagnosis**
  Nyeri pada ginggiva/gusi, biasa disebut **Periodontitis**

- **Penatalaksanaan**
  - Karang gigi yang berada pada saku gigi beserta *food impaction* dan penyebab lokal lainnya harus dibersihkan / diperbaiki.
  - Antibiotik amoksilin atau antibiotik lainnya 500 mg dengan tetap menanyakan riwayat alergi terhadap penggunaan antibiotik sebelumnya, diberikan 3 x sehari selama 5 hari.
  - Penderita dianjurkan berkumur selama ½ – 1 menit dengan obat kumur seperti larutan povidon atau chlor hexidine dilakukan 3 kali / hari.
  - Bila sudah sangat goyah, gigi harus sudah dicabut.

b. Gigi Ompong (edentulous)

- **Definisi**
  Hilangnya gigi geligi pada rahang atas atau rahang bawah sebagian atau seluruhnya.

- **Penyebab**
  - Penyakit karies gigi/gigi berlubang yang tidak dapat lagi dipertahankan
  - Penyakit sistemis seperti diabetes mielitus yang tidak terkontrol, sehingga gigi menjadi goyang.
  - Penyakit pada jaringan periodontal yang berkelanjutan, sehingga gigi goyang.

- **Gambaran Klinis**
  - Tidak adanya gigi geligi/hilangnya gigi sebagian atau penuh pada rahang atas atau rahang bawah

- **Diagnosis**
  Gigi Ompong (edentulous)

- **Penatalaksanaan**
  - Pembuatan gigi palsu (prothesa) sebagian atau penuh lepasan.
  - Perawatan Gigi palsu : Sebelum tidur gigi palsu dilepas, disikat dan dimasukkan kedalam gelas yang berisi air bersih kemudian ditutup

KEMENKES RI

DAFTAR PUSTAKA

1. Buku Pedoman Penyusunan Kurikulum Modul Pelatihan Berorientasi Pembelajaran, Dep.Kes, Jakarta, 2003.
2. Scully C, Cawson R.A, Alih Bahasa Yuwono L, Atlas Kedokteran Gigi : Penyakit Mulut, Cetakan II, Penerbit Hipokrates, Jakarta, 1992.
3. Persatuan Dokter Gigi Indonesia, Standar Pelayanan Medis Kedokteran Gigi Indonesia, Jakarta, 1999.
4. Departemen Kesehatan RI, Buku Pedoman Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat, Cetakan Ketiga, Jakarta, 2004.
5. Departemen Kesehatan RI, Buku Pedoman Penyelenggaraan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah, Jakarta, 2004.
6. Departemen Kesehatan RI, Buku Petunjuk Pemeliharaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Keluarga, Seri Usia Lanjut, Jakarta, 1996.
7. Deparetemen Kesehatan RI, Buku Pedoman Pengobatan Dasar Di Puskesmas, Jakarta, 2007.
8. Departemen Kesehatan RI, Buku Standar Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Di Puskesmas, Jakarta, 2007.
9. Petersen, P.E. dan Yamamoto, T., "Improving the Oral Health of Older People: the Approach of the WHO Global Oral Health Programme, Community Dentistry and Oral Epidemiology 2005; 33 : 81 – 92 © Blackwell Munksgaard, 2005.

KEMENKES RI

MATERI INTI 6
GIZI PADA LANJUT USIA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Proses penuaan mengakibatkan berbagai perubahan baik fisik maupun fisiologik, yang pada hakekatnya mempengaruhi kebutuhan nutrisi dan status nutrisi/gizi. Secara umum, kebutuhan zat-zat gizi/nutrien menurun, sejalan dengan menurunnya kebutuhan energi. Penurunan kebutuhan energi tersebut disebabkan oleh adanya penurunan massa otot, menurunnya jumlah sel dan fungsi organ serta aktivitas fisik. Selain terjadi penurunan massa otot, terjadi penambahan jumlah massa lemak dan pengumpulan/akumulasi lemak ke daerah abdomen/sentral yang mengidentifikasi adanya akumulasi lemak viseral. Lemak viseral diketahui berperan terhadap terjadinya gangguan keseimbangan metabolik, khususnya metabolisme karbohidrat dan lemak/lipid berupa intoleransi glukosa, hiperlipidemia yang keduanya masing-masing merupakan faktor risiko terjadinya penyakit-penyakit yang berhubungan dengan gizi antara lain diabetes mellitus/DM tipe 2, penyakit jantung koroner/PJK, dan hipertensi.

Golongan lanjut usia juga mempunyai risiko tinggi untuk mengalami masalah gizi/malnutrisi seperti keadaan gizi kurang, gizi lebih sampai obesitas, anemia, maupun defisiensi mineral dan atau vitamin tertentu. Untuk mengatasi hal-hal tersebut, penatalaksanaan gizi yang tepat, baik pada malnutrisi maupun pada penyakit yang berhubungan dengan gizi/*disease related to nutrition* sangatlah dibutuhkan.

Dapatlah dimengerti karenanya, tenaga kesehatan di puskesmas perlu mempunyai kemampuan untuk mendeteksi dini status/keadaan gizi, diikuti intervensi gizi yang sesuai dan selanjutnya dilakukan pemantauan berkala.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mempunyai pengetahuan mengenai aspek gizi pada lanjut usia dan mampu melakukan penatalaksanaan pada berbagai keadaan gizi dan penyakit yang berhubungan dengan gizi.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu :

1. Menjelaskan Perubahan-perubahan fisiologik dan komposisi tubuh pada masa lanjut usia secara umum.
2. Melakukan Penilaian status gizi pada lanjut usia khususnya MNA
4. Melakukan tatalaksana Masalah gizi pada lanjut usia

KEMENKES RI

5. Melakukan perhitungan kebutuhan dan kecukupan energi dan nutrien
6. Melakukan perhitungan kebutuhan energi dan nutrien pada malnutrisi dan berbagai penyakit-penyakit yang berhubungan dengan gizi.

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

1. Perubahan fisiologik pada lanjut usia
   a. Perubahan fungsi organ dan metabolisme
   b. Perubahan aktivitas fisik
   c. Perubahan komposisi tubuh
2. Penilaian status gizi pada lanjut usia
   a. Pengertian status gizi
   b. Cara penilaian status gizi
3. Masalah gizi pada lanjut usia
   a. Kurang energi kronik/KEK
   b. Obesitas
   c. Anemia
4. Dasar-dasar perhitungan kebutuhan dan kecukupan energi dan nutrien pada lanjut usia
   a. Cara perhitungan kebutuhan energi (karbohidrat, lemak, protein dan mikronutrien individu)
   b. Cara perhitungan kebutuhan cairan
   c. Angka kecukupan gizi, vitamin dan mineral.
5. Dasar-dasar perhitungan kebutuhan energi dan nutrien pada malnutrisi dan berbagai penyakit yang berhubungan dengan gizi:
   a. Diabetes mellitus/DM
   b. Hipertensi
   c. Penyakit jantung koroner/PJK
   d. Penyakit paru obstruktif kronik/PPOK
   e. Gout
6. Cara pengisian formulir MNA

IV. BAHAN BELAJAR DAN REFERENSI

1. Modul pelatihan
2. Krause's Food & Nutrition Therapy 12th ed. 2008-Mahan & Escott-Stump
3. Modern Nutrition in Health and Disease 10th ed. 2006-Shils et al
4. Present Knowledge in Nutrition 9th ed. 2006 ed, Bowman & Russell
5. Principles of Nutritional Assessment 2nd ed. 2005 – Gibson
6. Petunjuk praktis penatalaksanaan dislipidemia 2004 Perkeni
7. Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia 2006 Perkeni.

V. LANGKAH/KEGIATAN PEMBELAJARAN

Langkah 1: Pengkondisian

- Fasilitator memperkenalkan diri

KEMENKES RI

- Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran
- Fasilitator melakukan curah pendapat

Langkah 2: Membahas pokok bahasan
Langkah 3. Membahas sub pokok bahasan
Langkah 4. Praktek antropometri
Langkah 5. Peserta dibagi dalam dua kelompok dan diminta untuk melakukan diskusi kelompok dari pemicu yang disediakan dan selanjutnya diakhiri dengan pleno (3 jam)
Langkah 5. Praktek pengisian formulir MNA

VI. URAIAN MATERI

A. Perubahan Fisiologis pada lanjut usia

Pada hakekatnya proses menua merupakan suatu kelanjutan kehidupan yang ditandai oleh adanya penurunan fungsi organ tubuh, perubahan komposisi tubuh dan perubahan aktivitas fisik.
Pada kelompok lanjut usia (> 60 tahun) terjadi berbagai perubahan fungsi organ antara lain penurunan fungsi hepatobilier yang mengakibatkan sintesis albumin menurun; pada lambung berupa penurunan sekresi Hcl, faktor intrinsik dan pepsin yang mengakibatkan penurunan bioavailabilitas mineral, vitamin dan protein. Selain dari itu, penurunan fungsi ginjal, dan perubahan fungsi endokrin juga tampak jelas terjadi.

Perubahan komposisi tubuh yang terjadi berupa penurunan massa otot, jumlah cairan tubuh dan sebaliknya massa lemak bertambah. Penurunan massa otot mengakibatkan laju metabolisme basal/*basal metabolic rate*/BMR menurun. Selain dikarenakan massa otot yang menurun, dengan menurunnya jumlah sel dan fungsi organ serta aktivitas fisik, kebutuhan energi lebih rendah bila dibandingkan orang dewasa muda.

Selain dari penambahan jumlah massa lemak, terjadi pula perubahan distribusi lemak tubuh di mana terjadi pengumpulan/akumulasi lemak ke daerah abdomen/sentral yang mengidentifikasikan adanya akumulasi lemak viseral. Lemak viseral diketahui berperan terhadap terjadinya gangguan keseimbangan metabolik, khususnya metabolisme karbohidrat dan lemak/lipid berupa intoleransi glukosa, hiperlipidemia yang keduanya masing-masing merupakan faktor risiko terjadinya diabetes mellitus/DM tipe 2, penyakit kardiovaskular/PJK, dan hipertensi.

Selain dari peningkatan risiko untuk mengidap berbagai penyakit yang berhubungan dengan gizi seperti PKV, hipertensi, dsb; golongan lanjut usia juga mempunyai risiko tinggi untuk mengalami keadaan gizi kurang, defisiensi mineral dan atau vitamin tertentu. Anemia dengan

KEMENKES RI

berbagai penyebab, merupakan masalah yang seringkali ditemukan pada kelompok ini.

B. Penilaian Status Gizi pada Lanjut Usia

Status gizi adalah suatu keadaan yang menggambarkan keseimbangan asupan dan keluaran nutrien/zat gizi. Apabila asupan nutrien adekuat untuk memenuhi kebutuhan tubuh dan kebutuhan metabolisme, akan didapatkan status nutrisi dalam keadaan optimal.
Secara garis besar status gizi dapat digolongkan atas gizi baik, gizi lebih dan gizi kurang. Pada hakekatnya baik gizi lebih maupun gizi kurang keduanya termasuk malnutrisi, namun pada penapisan status nutrisi pada lanjut usia , malnutrisi diartikan sebagai gizi kurang. Pada makalah ini yang dimaksud malnutrisi adalah keadaan gizi kurang.

Penilaian yang tepat terhadap status nutrisi seseorang selain dapat mendeteksi apakah status gizi dalam keadaan normal atau tidak; dapat juga dipergunakan sebagai dasar perhitungan kebutuhan dan lamanya pemberian tunjangan nutrisi apabila diperlukan.

Komponen-Komponen Dari Penilaian Status Nutrisi IndividuPada umumnya meliputi :

1. Penilaian klinis
2. Pengukuran antropometri
3. Pemeriksaan biokimia/laboratorium
4. Penilaian asupan makanan

1. Penilaian klinis

Penilaian klinis terdiri dari pemeriksaan fisik untuk mendeteksi tanda dan gejala suatu penyakit dan riwayat kesehatan. Pada lanjut usia ditambah dengan penilaian terhadap keterbatasan fisik, fungsi kognitif dan psikologi serta kapasitas fungsional.

a. Pemeriksaan fisik untuk mendeteksi adanya defisiensi nutrien, malnutrisi, status hidrasi dan keadaan oral/mulut.
b. Penilaian keterbatasan fisik yang mungkin terdapat seperti pengecapan, penghidu, kemampuan makan sendiri, penglihatan, pendengaran.
c. Penilaian fungsi kognitif dan psikologi.
d. Kapasitas fungsional; kemampuan menyiapkan makan sendiri, aktivitas sehari-hari.

2. Pengukuran antropometri

Tinggi badan

Pengukuran tinggi badan/TB pada orang lanjut usia lebih rumit dibandingkan orang dewasa muda. Hal tersebut dikarenakan perubahan pada postur tubuh yang terjadi. Apabila TB tidak dapat dinilai dapat dipergunakan pengukuran tinggi lutut atau panjang lengan.

KEMENKES RI

Tinggi lutut lebih direkomendasikan karena lebih mudah dilakukan; dengan mengukur tinggi lutut, kita dapat memperkirakan tinggi badan dengan rumus sebagai berikut:

Laki-laki	: Tinggi badan = 59,01 + (2,08 x tinggi lutut [cm])
Perempuan	: Tinggi badan = 75,00 + (1,91 x tinggi lutut [cm])- (0,17 x umur [tahun])

Indeks Massa Tubuh/IMT

Merupakan cara sederhana untuk memantau status nutrisi orang dewasa. Berat badan kurang, dapat meningkatkan risiko terhadap penyakit infeksi sedangkan berat badan lebih meningkatkan risiko terhadap penyakit degeneratif/penyakit kronis. IMT dihitung dengan membagi berat badan/BB (dalam kg) dengan kwadrat tinggi badan/TB dalam meter persegi.

Tabel 1. Klasifikasi berat badan berdasarkan IMT untuk orang Asia usia dewasa

Klasifikasi	IMT (kg/m2)
BB kurang	<18,5
Rentangan BB normal	18,5-22,9
BB lebih	> 23
Pra Obes	23-24,9
Obesitas/kegemukan	
Tingkat I	25-29,9
Tingkat II	> 30

Sumber : The International Diabetes Institute, 2000

Lingkar lengan atas

Pengukuran lingkar lengan atas (LLA) menggambarkan lemak subkutan dan otot pada lengan, sehingga, perubahan pada LLA merefleksikan bertambah/berkurangnya massa otot, massa lemak, atau keduanya. Pengukuran LLA pada lanjut usia penting disebabkan 1) Distribusi lemak tubuh ke sentral 2) sederhana dan mudah dilakukan.

Tebal lipatan kulit/TLK

Pengukuran TLK mempunyai berbagai keterbatasan bila dipergunakan pada lanjut usia dikarenakan adanya perubahan distribusi lemak tubuh dan berkurangnya elastisitas kulit.

KEMENKES RI

3. **Penilaian biokimia /pemeriksaan laboratorium**
Pemeriksaan laboratorium, dipergunakan untuk mendeteksi status defisiensi yang bersifat sub klinis. Pemeriksaan biokimia yang umum dan sederhana dilakukan adalah pengukuran kadar serum albumin, hemoglobin, hematokrit, serta kolesterol serum.

Penilaian fungsi imun
Dasar pentingnya penilaian status imun dalam penentuan status gizi individu, hhususnya lanjut usia adalah adanya kemungkinan terdapatnya gangguan pada pembentukan antibodi spesifik, fagositosis, dan sebagainya yang terdapat pada keadaan malnutrisi, utamanya kekebalan seluler. Cara praktis untuk mengetahui hal tersebut adalah dengan menghitung jumlah total limfosit. Nilai < 900 sel/mm3 memperlihatkan malnutrisi energi protein berat.

4. **Penilaian asupan makanan**
Terdapat berbagai kendala dalam melakukan penilaian asupan makanan pada lanjut usia dikarenakan: a) adanya gangguan memori jangka pendek. Keterbatasan ini, menyebabkan metode *recall* 24 jam tidak dapat dilakukan, b) bila terdapat gangguan kognitif, akan mengakibatkan data yang diperoleh tidak akurat, c) membutuhkan waktu yang lama untuk wawancara.
Cara yang dianjurkan untuk menilai asupan makanan adalah dengan *ongoing record* atau *check list* yang pengisiannya dilakukan segera setelah selesai makan.

A. Masalah Gizi pada Lanjut Usia

1. Kurang energi kronik / KEK
Kurang energi kronik (KEK) merupakan salah satu masalah gizi pada lansia, dan keadaan KEK merupakan akibat adanya penyakit kronik, kemiskinan, anoreksia, hidup sendiri, menurunnya fungsi mental dan fisik termasuk keadaan gigi. Penurunan BB pada umumnya mendahului keadaan KEK, sehingga penurunan BB juga digunakan pada penapisan adanya malnutrisi. *The Mini Nutritional Assessment*/MNA merupakan instrumen untuk mendeteksi adanya risiko malnutrisi ataupun adanya malnutrisi. Instrumen MNA terdiri dari dua tahap yaitu tahap I : tahap penapisan / skrining dan tahap II : penilaian. Apabila nilai/skor pada tahap I < 11, akan dilanjutkan ke tahap II. Selanjutnya seseorang diklasifikasi malnutrisi apabila jumlah total skor akhir <17, risiko malnutrisi apabila rentang skor antara 17-23,5.
Apabila subyek mempunyai masalah malnutrisi perlu dilakukan intervensi gizi dan selanjutnya dilakukan pemantauan dan evaluasi penatalaksanaan gizi.

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

KEMENKES RI

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

Obesitas disebabkan adanya ketidakseimbangan energi yaitu asupan energi lebih tinggi daripada energi yang dikeluarkan. Hal ini menyebabkan peningkatan cadangan energi dan BB. Banyak faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan energi, di antaranya faktor kebiasaan makan yang berlebih, genetik dan aktivitas fisik yang kurang.
Pada lansia, keadaan obesitas maupun malnutrisi berat dapat mengakibatkan penurunan fungsi fisik yang lebih berat dibandingkan mereka dengan status gizi baik; kedua hal tersebut dapat mengakibatkan terjadi *fraility* atau kelemahan, dan mereka yang tergolong lemah mempunyai risiko tinggi untuk tergantung pada orang lain, jatuh, mengalami luka dan lain sebagainya.

Pemeliharaan berat badan
Untuk menjaga BB dalam batas-batas normal, seseorang harus berada dalam keseimbangan energi, yaitu jumlah asupan kalori sama dengan keluaran energi harian (KEH). Bila makanan yang dikonsumsi lebih sedikit daripada KEH, maka cadangan tubuh digunakan untuk mencukupi kekurangan kalori yang terjadi, sehingga BB menurun. Sebaliknya jika seseorang mengkonsumsi makanan lebih banyak daripada yang dibutuhkan tubuh, kelebihan hasil metabolismenya akan disimpan sebaai cadangan energi terutama di jaringan adiposa dan BB akan meningkat.

3. Anemia
Berbagai penyakit yang terdapat pada kelompok lanjut usia dapat menyebabkan terjadinya anemia. Keadaan tersebut merupakan hal yang sering ditemukan, dan merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Salah satu penyebab anemia adalah asupan yang kurang memadai dari zat gizi yang berperan pada pembentukan hemoglobin/Hb.

Penelitian Hasan pada 100 orang lanjut usia di kelurahan Utan Kayu mendapatkan 19% tergolong defisiensi besi. Penelitian Permadi pada 10 subyek penelitian di salah satu panti werdha mendapatkan keadaan defisiensi vitamin B6 terd apat pada 3 (30%), defisiensi vitamin B12 (30%) dan defisiensi asam folat terdapat pada 90% dari subyek yang diteliti.
Pengetahuan mengenai penyebab anemia yang ditemukan penting untuk diketahui agar dapat dilakukan pencegahan maupun terapi yang sesuai.

KEMENKES RI

B. Dasar-dasar perhitungan Kebutuhan dan kecukupan Energi dan Nutrien pada lanjut usia

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pemberian nutrisi pada lanjut usia yaitu adanya perubahan fisiologik, terdapatnya penyakit penyerta, faktor sosial seperti kemiskinan, psikologik (demensia depresi) dan efek samping obat.

1. Cara perhitungan kebutuhan energy (karbohidrat, lemak., protein dan mikronutrien)

Energi

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

Untuk perhitungan yang lebih tepat dapat digunakan persamaan Harris Benedict ataupun rumus yang dianjurkan WHO. Secara praktis dapat digunakan perhitungan berdasarkan *rule of thumb* (lampiran 3).

Protein

Dianjurkan kecukupan pasien antara 0,8-1 g/kgBB/hari (14-16%) dari kebutuhan energi total.

Karbohidrat

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

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

Lipid

Dianjurkan + 25% dari energi total per hari, dan diutamakan berasal dari lemak tidak jenuh.

2. Cara perhitungan kebutuhan cairan

Cairan

Pada lanjut usia masukan cairan perlu diperhatikan karena adanya perubahan mekanisme rasa haus, dan menurunnya cairan tubuh total (dikarenakan penurunan massa bebas lemak). Sedikitnya dianjurkan 1500 ml/hari, untuk mencegah terjadinya dehidrasi,

KEMENKES RI

namun jumlah cairan harus disesuaikan dengan ada tidaknya penyakit yang memerlukan pembatasan air seperti gagal jantung, gagal ginjal dan sirosis hati yang disertai edema maupun asites.

3. Angka kecukupan gizi, energi dan nutrien

Vitamin

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

Tabel 2. Kebutuhan vitamin larut lemak

	A (RE)	D (µg)	E (mg)	K (mg)
Laki-laki > 60 th	600	15	15	65
Perempuan > 60 th	500	15	15	55

Sumber: WNPG VIII, 2004

Tabel 3. Kebutuhan vitamin larut air

	Tiamin (mg)	Riboflavin (mg)	Niasin (mg)	B_{12} (µg)	Asam folat (µg)	B_6 (mg)	C (mg)
Laki-laki > 60 th	1,0	1,3	16	2,4	400	1,7	90
Perempuan > 60 th	1,0	1,1	14	2,4	400	1,5	75

Sumber: WNPG VIII, 2004

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

KEMENKES RI

Tabel 4. Kebutuhan beberapa mineral

	Ca (mg)	P (mg)	Fe (mg)	Zn (mg)	I (µg)	Se (mg)
Laki-laki > 60 th	800	600	13	13,4	150	30
Perempuan > 60 th	800	600	12	9,8	150	30

Sumber: WNPG VIII, 2004

Beberapa mineral yang perlu mendapat perhatian khusus antara lain 1) Ca. Kemampuan absorpsi Ca menurun baik pada laki-laki maupun perempuan 2) defisiensi Zn mengakibatkan gangguan imun dan gangguan pengecapan (yang memang menurun pada lanjut usia) 3) defisiensi Cu dapat mengakibatkan anemia. 4) Se karena bersifat antioksidan.
Agar dapat terpenuhi seluruh kebutuhan perlu diperhitungkan kebutuhan energi dan nutrien sesuai dengan kebutuhan tubuh (kuantitatif) dan mengandung seluruh nutrien (kualitatif) yang dikenal sebagai menu makanan seimbang, dan untuk mencapai hal tersebut perlu penganekaragaman makanan yang dikonsumsi.

Sistem pelayanan di Puskesmas
Penatalaksanaan masalah gizi dianjurkan dalam empat tahap yaitu :
1. Penapisan / skrining menggunakan MNA
2. Diagnosis masalah gizi
3. Intervensi gizi
4. Pemantauan dan evaluasi penatalaksanaan gizi.

E. Dasar-dasar perhitungan kebutuhan energi dan nutrien pada malnutrisi dan berbagai penyakit yang berhubungan dengan gizi:

1. Diabetes mellitus/DM

Definisi
Diabet es Mellitus (DM) adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif. Apabila kadar gula darah sewaktu > 200 mg/dL dengan keluhan klasik (polidepsi, poliuri dan polifagia), sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM.

KEMENKES RI

Tatalaksana gizi pada DM tipe 2

Pada penderita DM tipe 2 TGM merupakan hal yang penting dilakukan. Hal tersebut selain untuk mengatur pola makan penderita DM tipe 2, juga dapat memperlambat atau bahkan mencegah komplikasi di kemudian hari.

1. **Kebutuhan energi**

   Kebutuhan Kalori diperhitungkan untuk mencapai dan mempertahankan BB Ideal/idaman.

   Langkah-langkah:

   1. Perhitungan BB idaman berdasarkan rumus *Brocca* yang dimodifikasi, sebagai berikut: TB (dalam cm – 100) – 10%. Laki-laki TB < 160 cm, perempuan < 150 cm, BB idaman tidak dikurangi 10%.
   2. Penentuan status gizi dihitung dari (BB aktual: BB idaman) x 100%

      Katagori:

      BB kurang : BB < 90% BBI

      BB normal: BB 90-110% BBI

      BB lebih : BB > 120% BBI

      Penentuan kebutuhan Kalori perhari

      1. Kalori basal:

         Laki-laki : BB idaman (kg) x 30 Kalori

         Perempuan : BB idaman (kg) x 25 Kalori
      2. Koreksi untuk penyesuaian:

         Umur di atas 40 tahun : -5%

         Aktivitas ringan : + 10% (duduk-duduk, nonton TV)

         Aktivitas sedang : + 20% (ibu rumah tangga, perawat, dokter)

         Aktivitas berat : + 30% (olahragawan, tukang becak, dsb)

         BB gemuk : -20%

         BB lebih : -10%

         BB kurus : +20%
      3. Stres metabolik : 10-30% (infeksi, operasi dll)

         Contoh: Ny.A. 65 tahun, seorang ibu rumah tangga dengan DM, TB 160 cm dan BB 56 kg.

         1. BB idaman (160 – 100) kg – 10% = 54 kg
         2. Status gizi:

            (BB aktual : BB idaman) x 100% = (56 : 54) x 100% = 103%

            tergolong BB normal

   3. Penentuan kebutuhan Kalori:

      a. Kalori basal:

         Perempuan : BB Idaman (kg) x 25 Kalori = 1350 Kalori

      b. Koreksi:

         Umur > 40 tahun: -5%

         Aktivitas sedang: 20%

         Koreksi (20%-5%) = 15% = + 203 Kalori

         Kebutuhan perhari 1553 Kalori

KEMENKES RI

Bila dihitung berdasarkan *rule of thumb* kebutuhan Kalori, berdasarkan 25 Kalori/kgBB aktual sebesar 1400 Kalori, berdasarkan 30 Kal/kgBB aktual hasilnya sebagai berikut 30 x 56, Kalori = 1680 Kalori.
Sebaiknya kita menggunakan nilai tengah 28 Kalori/kgBB aktual = 28 x 56 Kalori = 1568 Kalori. Hasilnya tidak berbeda jauh dengan perhitungan sebelumnya.

Komposisi makanan yang dianjurkan
Karbohidrat / KH
1. Karbohidrat dianjurkan 45-65% total asupan energi.
2. Sukrosa tidak boleh lebih dari 10% total asupan energi.
3. Bahan makanan sumber KH hendaknya terutama berserat tinggi

Lemak
1. Asupan lemak dianjurkan 20-25% kebutuhan Kalori, tidak boleh > 30%
2. Lemak jenuh < 7% kebutuhan Kalori
3. Lemak tidak jenuh ganda < 10%; selebihnya lemak tidak jenuh tunggal.
4. Membatasi lemak jenuh (daging berlemak, susu penuh, dsb) dan lemak trans (*cookies, crackers*, margarin, dsb). Lemak hewani dari hasil olahnya mengandung 25-60% lemak jenuh (ikan 25%, ayam 30%, sapi 50% dan mentega 60%), selebihnya lemak tidak jenuh ganda dan tunggal.
5. Kolesterol < 300 mg/hari, lemak hewani mengandung kira-kira 1 mg kolesterol /1 g lemak dan mentega/ *butter* 3 mg kolesterol/g mentega Jerohan mengandung kolesterol 4-15 kali lebih banyak dari otot (daging).

Protein
1. Dibutuhkan 15-20% total asupan energi
2. Bila didapatkan kelainan ginjal/nefropati asupan protein 10% dari total asupan energi.

Serat
Anjuran + 25 gram/hari terutama serat larut (sayur, buah, kacang-kacangan).
Vitamin dan mineral
Sesuai dengan angka kecukupan gizi/AKG

2. Hipertensi
Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC) mendefinisikan hipertensi adalah keadaan di mana tekanan darah sistolik mencapai > 140 mmHg, dan atau diastolik > 90 mmHg, atau mengkonsumsi obat anti hipertensi. Sebagian besar (90-95%) kasus hipertensi merupakan hipertensi primer (hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui). Banyak faktor yang diduga merupakan faktor risiko seperti usia, jenis kelamin, ras,

KEMENKES RI

genetik, kebiasaan merokok, obesitas, alkohol, dll. Berbagai penelitian menunjukkan faktor gizi berpengaruh terhadap tekanan darah seseorang.
Asupan garam, kelebihan BB dan konsumsi alkohol yang berlebihan terbukti mempunyai hubungan dengan hipertensi.
Pedoman *JNC-7* merekomendasikan perubahan gaya hidup yang didalamnya termasuk mengontrol BB, pembatasan asupan garam, pengurangan konsumsi alkohol.
Pada saat sekarang dikenal pola makan yang dikenal sebagai *Dietary Approaches to Stop Hypertension* / DASH (Bagan 1).

Bagan 1. Modifikasi gaya hidup yang dianjurkan JNC-7

Mempertahankan BB dalam batas-batas normal atau mengurangi BB bilamana Indeks Massa Tubuh > 24.9 kg/m2.
Pematasan asupan garam (6 g NaCl)/hari membatasi asupan alkohol < 2 *drinks* untuk laki-laki dan 1 *drink* untuk perempuan (1 *drink* = 14 g etanol)
Pola makan tinggi buah, sayur, rendah lemak: susu/hasil olahnya, lemak jenuh dan kolesterol
Melakukan aktivitas fisik aerobik sedang 30 menit/hari seperti berjalan kaki (beberapa kali per minggu)

Kebutuhan energi dan zat gizi
Perhitungan kebutuhan energi dapat menggunakan metode *rule of thumb*, komposisi sama dengan yang telah diuraikan di atas. Dianjurkan mengkonsumsi sayur dan buah lima porsi atau lebih perhari (satu porsi sayur adalah 1 mangkok sayur segar atau ½ mangkok sayur masak; satu porsi buah adalah satu potongan sedang atau dua potongan kecil atau satu mangkok buah irisan).

3. Penyakit jantung koroner/PJK
Penyakit jantung koroner/PJK merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler/ PKV aterogenik. Berbagai penelitian epidemiologi memperlihatkan dislipidemia yang merupakan kelainan metabolisme lipid merupakan faktor risiko utama terjadinya aterosklerosis

Dislipidemia
National Cholesterol Education Program Adult Panel III/NCEP-ATP III tahun 2001 memberi batasan yang dimaksud dislipidemia adalah bilamana kadar kolesterol > 240 mg/dL dan atau/kolesterol LDL > 160 mg/dL,/kolesterol HDL < 40 mg/dL / Trigliserida > 200 mg/dL.

Terapi gizi medik
Terapi gizi sangat penting dalam penatalaksanaan dislipidemia

KEMENKES RI

Tabel 5. Komposisi makanan untuk hiperkolesterolemia

Makanan	Asupan yang dianjurkan
Total lemak	20-25% dari Kalori total
Lemak jenuh	< 7% dari Kalori total
Lemak tidak jenuh ganda	sampai 10% dari Kalori total
Lemak tidak jenuh tunggal	sampai 10% dari Kalori total
KH	60% Kalori total
Protein	+ 15% Kalori total
Serat	30 g/hari
Kolesterol	< 200 mg/hari

Perhitungan kebutuhan energi dan zat gizi

Perhitungan kebutuhan energi sama dengan yang telah diuraikan di atas (*rule of thumb*), sedangkan komposisi mengacu pada tabel 5. Kebutuhan vitamin dan mineral mengacu AKG.

4. Penyakit paru obstruktif kronik/PPOK

Kekerapan penyakit PPOK cukup tinggi pada populasi lanjut usia. Umumnya pasien PPOK disertai dengan penurunan BB dan gangguan nutrisi. TGM diperlukan pada pasien PPOK dikarenakan energi yang diperlukan untuk respirasi meningkat; dan gangguan nutrisi akan menambah buruk fungsi paru-paru.

Penatalaksanaan gizi

1. Kebutuhan energi
   Bila BB sangat kurang, jumlah energi yang diberikan dinaikkan secara bertahap.
   Mempertahankan keseimbangan energi sangat penting untuk mengatasi dan mencegah progresivitas kelainan pada jaringan paru.
   Pada dasarnya diet/menu tinggi Kalori penting untuk memperbaiki malnutrisi. Diperkirakan kebutuhan energi bisa sampai 1,5 kali *resting energy expenditure*/REE karenanya kebutuhan energi dapat mencapai 35 Kalori/kgBB aktual.
2. Komposisi makronutrien
   Komposisi makronutrien tergantung keadaan individu; secara umum kebutuhan protein sangat penting untuk dipenuhi untuk mempertahankan keadaan jaringan paru dan meningkatkan fungsi

KEMENKES RI

imun. Dianjurkan 15-20% dari Kalori, total lemak (30-45%) dan Karbohidrat (40-55%), namun komposisi lemak tinggi dapat memperberat hiperkapnia (kadar CO2 darah meningkat, ditandai respirasi cepat dan dangkal) pada PPOK. Dianjurkan karbohidrat 50-55%, lemak 25-30% dan protein 15-20% dari Kalori total pada pasien dengan hiperkapnia.

3. Komposisi mikronutrien
   Berbagai penelitian memperlihatkan pentingnya antioksidan dalam mengurangi destruksi jaringan paru (vitamin A dan C), sedangkan berbagai mineral mungkin dalam keadaan defisiensi. Dianjurkan untuk diberikan suplementasi, vitamin dan mineral.

5. Gout
   Gout merupakan kumpulan berbagai grup penyakit yang timbul akibat endapan kristal monosodium urat monohidrat. Gangguan metabolisme yang mendasari gout adalah hiperurisemia (peningkatan kadar asam urat dalam darah) yaitu > 7 mg/dl laki-laki dan > 6 mg/dl pada perempuan. Asam urat merupakan hasil akhir dari katabolisme purin yang merupakan bagian dari senyawa nuklotida purin.

   Penatalaksanaan
   Prinsip penatalaksanaan hiperurisemia maupun gout berupa pemberian obat-obatan dengan terapi gizi berupa pengaturan asupan makanan.

   Pengaturan makanan
   Prinsip pengaturan makanan pada penyakit gout adalah memberikan makanan yang sesuai dengan kebutuhan Kalori dan zat-zat gizi yang dibutuhkan namun rendah purin.
   Pengaturan kebutuhan gizi
   1. Perhitungan kebutuhan energi secara praktis dengan menggunakan metode *rule of thumb* seperti telah diuraikan di atas.
   2. Komposisi makro dan mikronutrien pada dasarnya sama dengan pengaturan komposisi seperti pada halaman 2 dan 3, protein 0,8- 1 g/kgBB) disertai konsumsi minum air putih yang cukup (minimal 3 liter sehari); namun tentunya konsumsi minum air putih harus disesuaikan keadaan pasien apakah terdapat gangguan fungsi ginjal, edema dsb
   3. Rendah purin. Menu sehat dan seimbang umumnya mengandung 600-1000 mg purin/hari. Pada pasien gout dianjurkan menu dengan kandungan purin antara 100-150 mg/hari

KEMENKES RI

Tabel 6. Kandungan purin dalam 100 g bahan makanan

Jenis bahan	Golongan A (150-1000 mg	Golongan B (50-150 mg)	Golongan C (0-50 mg)
Karbohidrat	-	-	-
Protein hewani	Hati, ginjal, otak, jantung, udang kecil, kerang, jeroan, angsa, paru dan kaldu, sarden, makarel	Ikan (selain golongan A), daging sapi, ayam	Keju, susu, telur
Protein nabagi	-	Kacang kering	Oncom, tahu, tempe
Lemak	-	-	-
Sayuran	-	Kembang kol, buncis, asparagus, kapri, jamur, bayam	Selain golongan B
Buah-buahan	-	-	-
Lain-lain	Alkohol, ragi,makanan yang diawetkan		

Protein hewani yang kandungan purinnya relatif rendah dan diperkenankan untuk dikonsumsi adalah daging hewan ternak tanpa lemak, ayam, ikan, telur, susu dan hasil olahannya. Protein nabati juga dibatasi. Konsumsi kacang-kacangan dalam keadaan kering diperkenankan 25 g/hari sedang hasil olahannya yaitu tempe atau oncom 50 g dan tahu 75 g/hari. Sumber protein nabati yang dianjurkan adalah yang berasal dari serealia yaitu beras, gandum, jagung, dsb.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam tatalaksana gizi

Jenis makanan merupakan hal penting yang harus diperhatikan dalam mengatur asupan makan lansia, apakah dalam bentuk makanan padat, lunak atau cair karena harus disesuaikan dengan toleransi individu.

F. Mini Nutritional Assessment / MNA :

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

KEMENKES RI

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

G. Penutup

Kecukupan zat gizi, keseimbangan komposisi zat gizi, jumlah kalori yang terkontrol, variasi bahan makanan merupakan sebagian aspek yang perlu diperhatikan dalam pola makan kelompok lanjut usia sebagai upaya untuk mencapai status gizi dan kesehatan yang optimal.

Buah dan sayuran berperan dalam mencegah penyakit degeneratif, sayur dan buah juga penting dalam kaitannya sebagai sumber serat dan antioksidan.Asupan Ca dan vitamin D; dan zat-zat gizi lainnya perlu mendapat perhatian khusus sehubungan untuk pencegahan terjadinya osteoporosis. Suplementasi mikronutrien dapat diberikan dalam dosis yang tidak terlalu tinggi.

Terapi gizi medik/TGM sangat penting untuk dilaksanakan dalam penatalaksanaan penyakit pada lanjut usia. Kunci keberhasilan TGM adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan lainnya) dan yang tidak kurang pentingnya adalah pasien dan keluarganya.

KEMENKES RI

Lampiran 1.

Mini Nutritional Assessment I. Skrining

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

FORM SKRINING*

A. Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan dalam 3 bulan terakhir disebabkan kehilangan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau menelan?
0 = kehilangan nafsu makan berat (severe)
1 = kehilangan nafsu makan sedang (moderate)
2 = tidak kehilangan nafsu makan

B. Kehilangan berat badan dalam tiga bulan terakhir ?
0 = kehilangan BB > 3 kg
1 = tidak tahu
2 = kehilangan BB antara 1 – 3 kg
3 = tidak mengalami kehilangan BB

C. Kemampuan melakukan mobilitas ?
0 = di ranjang saja atau di kursi roda
1 = dapat meninggalkan ranjang atau kursi roda namun tidak bisa pergi/jalan-jalan ke luar
2 = dapat berjalan atau pergi dengan leluasa

D. Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam tiga bulan terakhir ?
0 = ya
2 = tidak

E. Mengalami masalah neuropsikologis?
0 = dementia atau depresi berat
1 = demensia sedang (moderate)
2 = tidak ada masalah psikologis

F. Nilai IMT (Indeks Massa Tubuh) ?
0 = IMT < 19 kg/m2
1 = IMT 19 - 21
2 = IMT 21 – 23
3 = IMT > 23

SKOR SKRINING

- Sub total maksimal – 14
- Jika nilai > 12 – tidak mempunyai risiko, tidak perlu melengkapi form penilaian
- Jika < 11 – mungkin mengalami malnutrisi, lanjutkan mengisi form penilaian pada lampiran 2

KEMENKES RI

Lampiran 2.

Mini Nutritional Assessment II. Penilaian

FORMULIR PENILAIAN**

G. Apakah anda tinggal mandiri ? (bukan di panti/Rumah Sakit)?
0 = tidak
1 = ya

H. Apakah anda menggunakan lebih dari tiga macam obat per hari
0 = ya
1 = tidak

I. Apakah ada luka akibat tekanan atau luka di kulit?
0 = ya
1 = tidak

J. Berapa kali anda mengkonsumsi makan lengkap / utama per hari ?
0 = 1 kali
1 = 2 kali
2 = 3 kali

K. Berapa banyak anda mengkonsumsi makanan sumber protein ?
- Sedikitnya 1 porsi *dairy* produk (seperti susu, keju, yogurt) per hari ya/tidak
- 2 atau lebih porsi kacang-kacangan atau telur per minggu ya / tidak
- Daging ikan atau unggas setiap hari ya / tidak

0.0 = jika 0 atau hanya ada 1 jawabnya ya
0.5 = jika terdapat 2 jawaban ya
1.0 = jika terdapat 3 jawaban ya

L. Apakah anda mengkonsumsi buah atau sayur sebanyak 2 porsi atau lebih per hari ?
0 = tidak
1 = ya

M. Berapa banyak cairan (air, jus, kopi, teh, susu) yang dikonsumsi per hari ?
0.0 = kurang dari 3 gelas
0.5 = 3 – 5 gelas
1.0 = lebih dari 5 gelas

N. Bagaimana cara makan ?
0 = harus disuapi
1 = bisa makan sendiri dengan sedikit kesulitan
2 = makan sendiri tanpa kesulitan apapun juga

KEMENKES RI

O. Pandangan sendiri mengenai status gizi anda ?
   0 = merasa malnutrisi
   1 = tidak yakin mengenai status gizi
   2 = tidak ada masalah gizi

P. Jika dibandingkan dengan kesehatan orang lain yang sebaya/seumur, bagaimana anda mempertimbangkan keadaan anda dibandingkan orang tersebut ?
   0 = tidak sebaik dia
   0.5 = tidak tahu
   1.0 = sama baiknya
   2.0 = lebih baik

Q. Lingkar lengan atas (cm)?
   0 = < 21 cm
   0.5 = 21 – 22 cm
   1.0 >

R. Lingkar betis (cm) ?
   0 < 31 cm
   1 > 31 cm
   2

**PENILAIAN SKOR :
   I. Skor Skrining
   II. Skor Penilaian

Skor total indicator : (maksimum 30)
- 17 - 23.5 = risiko malnutrisi
- Kurang dari 17 = malnutrisi

DISKUSI KELOMPOK

Peserta dibagi dalam dua kelompok dengan jumlah masing-masing kelompok + 10 orang. Tiap kelompok diberi pemicu yang sama dan ditugaskan menjawab pertanyaan yang telah disediakan. Tiap peserta ditugaskan untuk membuat catatan mengenai garis besar bahasan selama diskusi berlangsung. Hasil diskusi dipresentasikan kelompok dalam pleno.

Contoh pemicu:
Ny. A, usia 70 tahun dengan berat badan 70 kg dan tinggi badan 160 cm datang memeriksakan diri di puskesmas. Pasien mengeluh sering lapar, haus dan banyak kencing terutama pada malam hari. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan kadar gula darahnya tinggi dan terdapat glukosa dalam urin. Dokter menyatakan Ny. A. menderita diabetes melitus/DM tipe 2, dan menyarankan untuk secara teratur datang ke puskesmas untuk kontrol.

Pertanyaan :
1. Apa yang dimaksud dengan DM tipe 2 ?
2. Sebutkan cara menilai status gizi?
3. Bagaimana status gizi Ny.A
4. Bagaimana prinsip penatalaksanaan gizi pada DM tipe 2 ?
5. Tentukan kebutuhan nutrisi pada penderita DM tipe 2 ?

KEMENKES RI

MATERI INTI 7

AKTIVITAS FISIK DAN LATIHAN FISIK PADA LANJUT USIA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Usia yang makin bertambah cenderung menurunkan fungsi dan dan daya tahan tubuh, sehingga faktor risiko terjadinya penyakit menular maupun penyakit tidak menular makin meningkat pula.
Aktivitas fisik dan latihan fisik yang baik, benar, terukur, teratur merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk memperlambat penurunan fungsi dan meningkatkan daya tahan tubuh, sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya penyakit.

Umumnya masyarakat telah mengetahui bahwa aktivitas fisik dan latihan fisik atau olahraga bermanfaat untuk kesehatan, namun masih banyak yang belum mengetahui dan memahami bahwa aktivitas fisik dan latihan fisik atau olahraga bagi usia lanjut perlu mendapat perhatian khusus, karena usia lanjut lebih rentan dengan risiko penyakitnya dan rawan terhadap cedera.

Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung-jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja diharapkan dapat mengembangkan pelayanan kesehatan sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat. Jenis pelayanan yang diberikan terutama lebih menekankan aspek promotif kesehatan, pencegahan penyakit dan pengobatan dini.

Usia Lanjut perlu tetap aktif melakukan kegiatan berupa aktivitas fisik dan latihan fisik. Aktivitas fisik dapat dilakukan saat di rumah, di tempat umum maupun di tempat rekreasi. Latihan fisik bisa dilakukan sendiri di rumah atau berkelompok di sanggar/klub/kelompok/komunitas kebugaran. Latihan fisik yang dilakukan di Puskesmas perlu mendapat pengawasan dan dipandu oleh tenaga kesehatan yang terlatih. Kegiatan ini dapat dilakukan secara berkelompok walau sarana penunjang yang tersedia terbatas. Kegiatan latihan fisik yang telah dilakukan di Puskesmas sebaiknya dilakukan pula secara mandiri di rumah sehingga menjadi perilaku sehari-hari dalam menerapkan Pola Hidup Bersih dan Sehat.

KEMENKES RI

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari materi Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik pada Usia Lanjut, peserta mampu menjelaskan aktivitas fisik dan latihan fisik dalam meningkatkan derajat kesehatan dan kebugaran jasmani pada usia lanjut.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mempelajari materi Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik pada Usia Lanjut, peserta mampu :

1. Menyebutkan jenis aktivitas fisik dan latihan fisik bagi usia lanjut
2. Menjelaskan manfaat aktivitas fisik dan latihan fisik bagi usia lanjut
3. Menjelaskan latihan fisik yang baik, benar, terukur, dan teratur bagi usia lanjut
4. Memberi contoh gerakan latihan fisik bagi usia lanjut
5. Memotivasi usia lanjut untuk bergerak agar hidup aktif

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

1. Definisi terkait Kesehatan dan Aktivitas Fisik
2. Jenis Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik
3. Manfaat Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik bagi Usia Lanjut
4. Komponen Kebugaran Jasmani
5. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan bagi Usia Lanjut
6. Persiapan Sebelum Latihan Fisik bagi Usia Lanjut
7. Kaidah dan Tahapan Latihan Fisik bagi Usia Lanjut
8. Jenis Latihan Fisik yang Tidak Dianjurkan bagi Usia Lanjut

IV. BAHAN BELAJAR DAN REFERENSI

1. Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut bagi Petugas Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, 2001
2. Pedoman Kesehatan Olahraga, Proyek Strengthening of Community Urban Health, Kerja sama Pemerintah Spanyol dan Departemen Kesehatan RI, 2002
3. Panduan Kesehatan Olahraga bagi Petugas Kesehatan "Ayo Bergerak dan Berolahraga", Departemen Kesehatan RI, 2002
4. Materi dari Fifth International Course Physical Activity & Public Health, Kuala Lumpur
5. Pedoman Upaya Kesehatan Olahraga di Puskesmas, Departemen Kesehatan RI, 2006

V. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Langkah-langkah kegiatan pembelajaran ini menguraikan kegiatan pelatih/fasilitator dan peserta dalam mengikuti tahapan proses pembelajaran.

KEMENKES RI

Langkah 1: Pengkondisian

- Fasilitator menciptakan suasana nyaman dan kondusif bagi semua peserta dalam mengikuti proses pembelajaran
- Fasilitator memperkenalkan diri
- Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran
- Fasilitator melakukan curah pendapat

Langkah 2: Membahas Pokok Bahasan

- Fasilitator menyampaikan materi Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik bagi Usia Lanjut
- Fasilitator meminta peserta untuk menanggapi materi yang disampaikan
- Fasilitator menjawab dan menjelaskan berbagai pertanyaan dan klarifikasi

Langkah 3: Praktek

- Fasilitator menjelaskan dan memperagakan contoh latihan fisik bagi usia lanjut
- Fasiltator meminta peserta untuk melakukan contoh latihan fisik bagi usia lanjut dan menanggapi materi yang disampaikan

VI. URAIAN MATERI

1. Definisi terkait Kesehatan dan Aktivitas Fisik

a. Sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif, secara sosial dan ekonomi.
b. Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang meningkatkan pengeluaran tenaga dan energi/pembakaran kalori.
c. Latihan fisik adalah suatu bentuk aktivitas fisik yang terencana, terstruktur dan terprogram dengan melibatkan gerakan tubuh berulang-ulang serta ditujukan untuk meningkatkan kebugaran jasmani.
d. Kebugaran jasmani adalah kemampuan tubuh seseorang untuk melakukan pekerjaan sehari-hari tanpa menimbulkan kelelahan yang berarti.
e. Kesehatan Olahraga adalah upaya kesehatan yang memanfaatkan aktivitas fisik, latihan fisik dan atau olahraga untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kebugaran jasmani.
f. Tenaga Kesehatan Olahraga adalah petugas yang menyelenggarakan atau melakukan kegiatan sesuai dengan keahlian dan kewenangannya di bidang kesehatan olahraga.
g. Kelompok olahraga adalah kelompok masyarakat yang melakukan kegiatan olahraga untuk kesehatan, prestasi dan rekreasi tanpa harus menggunakan tempat yang tetap, baik di dalam maupun di luar ruangan.

KEMENKES RI

2. **Klasifikasi Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik**

Menurut WHO aktivitas fisik dan latihan fisik dibagi 4 kategori:

a. Aktivitas fisik untuk hidup aktif
   Setiap hari melakukan aktivitas ringan sampai sedang selama 10 menit atau lebih beberapa kali sehari.
   Contoh: melakukan aktivitas sehari-hari
b. Aktivitas fisik untuk hidup sehat
   Setiap hari melakukan aktivitas sedang selama 30 menit atau lebih.
   Contoh: berkebun, membersihkan rumah, mencuci kendaraan, mencuci pakaian
c. Latihan fisik untuk kebugaran jasmani
   Seminggu 3 kali melakukan latihan fisik sedang sampai berat selama 20 menit atau lebih terprogram.
   Contoh: jalan kaki, jogging, senam, bersepeda
d. Latihan fisik untuk prestasi olahraga
   Durasi dan frekuensi latihan fisik tergantung tingkat kebugaran jasmani dan target capaian seseorang, latihan fisik sedang sampai berat terprogram.
   Contoh: pertandingan untuk olahraga kompetisi.

Latihan fisik terdiri dari dua jenis yaitu aerobik dan anaerobik. Latihan fisik bersifat aerobik bila komponen aerobik lebih dominan, dan latihan fisik bersifat anaerobik bila komponen anaerobik lebih dominan. Tidak ada latihan fisik yang murni aerobik atau anaerobik saja.

a. Latihan fisik aerobik adalah latihan fisik yang dilakukan secara terus-menerus di mana kebutuhan oksigen masih dapat dipenuhi oleh tubuh.
   Latihan fisik aerobik dibagi dalam 3 tipe, yaitu:
   1) Latihan fisik aerobik Tipe 1 adalah latihan fisik dengan naik-turun denyut nadi latihan yang relatif stabil.
      Contoh: jalan, jogging, lari, bersepeda.
   2) Latihan fisik aerobik tipe 2 adalah latihan fisik dengan naik-turun denyut nadi latihan secara bertahap.
      Contoh: senam, dansa, renang
   3) Latihan fisik aerobik tipe 3 adalah latihan fisik dengan naik-turun denyut nadi latihan secara mendadak.
      Contoh: sepak bola, basket, voli, tenis lapangan, tenis meja

b. Latihan fisik anaerobik adalah latihan fisik di mana kebutuhan oksigen tidak dapat dipenuhi seluruhnya oleh tubuh.
   Contoh : angkat besi, lari cepat 100 meter (*sprint*).

KEMENKES RI

3. **Manfaat Aktivitas Fisik dan Latihan Fisik bagi Usia Lanjut**
Aktivitas fisik dan latihan fisik adalah suatu kunci penentu dari pengeluaran tenaga yang merupakan dasar bagi keseimbangan energi dan pengendalian berat badan.

Efek manfaat dari aktivitas fisik dan latihan fisik antara lain mengurangi risiko penyakit kardiovaskuler dan diabetes, mengurangi tekanan darah, memperbaiki kadar Kolesterol HDL, memperbaiki pengendalian gula darah pada kasus kelebihan berat badan, serta mengurangi risiko kanker usus besar dan kanker payudara.

Latihan penguatan otot dan latihan keseimbangan pada usia lanjut dapat mengurangi risiko mudah jatuh dan meningkatkan status fungsional dan daya tahan tubuh.

Penelitian memperlihatkan bahwa aktivitas fisik dan latihan fisik teratur dapat membantu mengurangi risiko terhadap beberapa penyakit dan kondisi kesehatan, serta memperbaiki kualitas hidup secara keseluruhan.

Usia lanjut yang sudah melakukan latihan fisik dengan baik, benar, terukur, dan teratur secara berkesinambungan (terprogram) minimal 12 minggu, akan mendapat manfaat sebagai berikut :

a. Meningkatkan fleksibilitas dan keseimbangan pada tubuh, sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya jatuh atau cedera.
b. Meningkatkan metabolisme tubuh untuk mempertahankan berat badan ideal dan mencegah kegemukan. Latihan fisik akan membantu mengurangi lemak tubuh dengan membangun atau mempertahankan massa otot dan memperbaiki kemampuan tubuh untuk menggunakan kalori..
c. Meningkatkan kekuatan otot dan kepadatan tulang untuk memperkuat massa tulang, menurunkan nyeri sendi kronis pada pinggang, punggung, dan lutut serta mencegah osteoporosis melalui pembentukan tulang dan dapat mencegah kehilangan massa tulang yang berhubungan dengan bertambahnya usia.
d. Meningkatkan kerja dan fungsi jantung, paru, serta pembuluh darah yang ditandai dengan :
   1). Denyut nadi istirahat menurun
   2). Isi sekuncup jantung bertambah
   3). Kemampuan fungsi paru meningkat
   4). Penumpukan asam laktat berkurang
   5). Meningkatkan pembuluh darah kolateral
   6). Meningkatkan kadar kolesterol HDL
   7). Mengurangi aterosklerosis
e. Mengurangi risiko terjadinya berbagai penyakit seperti pada :

KEMENKES RI

1) Tekanan darah tinggi dapat menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik
2) Penyakit jantung koroner dapat meningkatkan kadar kolesterol HDL dan mengurangi kadar kolesterol dalam darah
3) Diabetes Melitus dapat meningkatkan sensitivitas insulin

f. Meningkatkan sistem hormonal melalui peningkatan sensitivitas hormon terhadap jaringan tubuh.
g. Meningkatkan aktivitas kekebalan tubuh terhadap penyakit melalui peningkatan pengaturan kekebalan tubuh.
h. Meningkatkan kesejahteraan psikologis, mengurangi stres, kecemasan dan depresi, percaya diri dan pengendalian stres. Penelitian dampak psikologis dari latihan fisik menemukan bahwa latihan fisik teratur dapat memperbaiki suasana hati dan cara memandang diri sendiri, dapat mengurangi depresi dan kecemasan, serta membantu pengelolaan stres lebih baik.

4. Komponen Kebugaran Jasmani

Kebugaran jasmani terdiri dari 2 komponen yaitu:

a. Komponen yang berhubungan dengan kesehatan (*Health related fitness*).

Komponen yang berhubungan dengan kapasitas fungsional tubuh dalam menjaga kesehatan dan mencegah atau sebagai terapi penyakit.

Komponen ini terdiri dari unsur-unsur:

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

Komponen ini sering disebut juga sebagai komponen dasar dari kebugaran jasmani.

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

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

Daya tahan jantung-paru (*Cardiorespiratory endurance*) merupakan komponen kebugaran jasmani yang berpengaruh paling dominan serta mempunyai peran paling penting dalam meningkatkan kebugaran jasmani dan sering disebut dengan *VO2Max (Volume Oxygen Maximal)* atau kapasitas aerobik.

Komponen kebugaran jasmani yang sangat penting bagi usia lanjut adalah:

1) daya tahan jantung paru

KEMENKES RI

2) komposisi tubuh
3) kekuatan dan daya tahan otot
4) fleksibilitas
5) keseimbangan

Tanpa adanya intervensi latihan fisik, maka:
1) Daya tahan jantung-paru mulai menurun pada usia 30 tahun dan berkurang sampai 50% saat usia 65 tahun.
2) Daya tahan dan kekuatan otot mulai menurun pada usia 30 tahun dan berkurang sampai 45% saat usia 60 tahun.
3) Fleksibilitas tubuh akan mulai menurun pada usia 30 tahun dan berkurang sampai 37% pada usia 60 tahun.

Latihan fisik dan atau olahraga yang dilakukan dengan baik, benar, terukur, teratur dan terprogram dapat mempertahankan percepatan penurunan komponen-komponen tersebut karena bertambahnya usia.

5. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan bagi Usia Lanjut

Usia lanjut memiliki faktor risiko penyakit maupun penyulit lain yang dapat menimbulkan dampak negatif dari latihan fisik, sehingga perlu memperhatikan beberapa hal demi keamanan dan hasil yang optimal. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan oleh petugas kesehatan adalah:

a. Melakukan pemeriksaan kesehatan awal untuk mengetahui ada tidaknya kontra indikasi (medical clearance) untuk melakukan latihan fisik yang terprogram;
b. Melakukan rujukan bila ditemukan kontra indikasi untuk melakukan latihan fisik yang terprogram;
c. Meminta persetujuan tertulis untuk mengikuti program latihan fisik dengan memberikan penjelasan yang sebaik-baiknya (informed concent);
d. Melakukan monitoring dan evaluasi secara teratur untuk mengetahui ada tidaknya kontra indikasi untuk melakukan latihan fisik yang terprogram;
e. Menyediakan tempat latihan dengan ventilasi dan cahaya yang cukup, permukaan yang rata dan tidak licin;
f. Program latihan fisik bagi usia lanjut meliputi: pemanasan, peregangan, latihan inti, penguatan otot, keseimbangan dan pendinginan.

6. Persiapan Sebelum Latihan Fisik bagi Usia Lanjut

a. Memakai pakaian olahraga yang tidak tebal (sesuai dengan kondisi cuaca), nyaman, dapat menyerap keringat dan elastis agar tidak menganggu gerak tubuh (seperti: bahan kaos, training pack)
b. Memakai sepatu olahraga yang sesuai ukuran kaki, tidak sempit dan sesuai dengan jenis latihannya.

KEMENKES RI

c. Pola hidangan yang dianjurkan menjelang melakukan latihan fisik :
   1) Minum secukupnya sebelum, selama; dan sesudah latihan;
   2) 30 menit sebelum latihan dianjurkan minum air saja;
   3) Makan sebaiknya dengan :
      - hidangan lengkap 3-4 jam sebelum latihan;
      - makanan kecil/ringan seperti biskuit atau roti 2-3 jam sebelum latihan;
      - makanan cair seperti bubur atau jus buah 1-2 jam sebelum latihan.

7. Kaidah dan Tahapan Latihan Fisik bagi Usia Lanjut

Latihan fisik yang dapat memberikan hasil optimal bagi peningkatan derajat kesehatan dan kebugaran jasmani dan mencegah timbulnya dampak yang tidak diinginkan bagi usai lanjut perlu mengikuti kaidah-kaidah latihan fisik yang baik, benar, terukur dan teratur sebagai berikut :

a. Latihan fisik yang baik bagi usia lanjut adalah latihan fisik yang dilakukan secara bertahap melalui pemeriksaan kesehatan dan dapat dilakukan di mana saja dengan memperhatikan lingkungan yang sehat, aman, nyaman, bebas polusi, tidak rawan risiko cedera. Contoh: di rumah, tempat kerja, dan lapangan yang lantainya rata, tidak ada genangan air, dan tidak licin. Latihan fisik yang dilakukan bervariasi dan disenangi.
   Tahapan dalam melakukan latihan fisik dimulai dari latihan pemanasan dengan peregangan selama 10-15 menit, diikuti latihan inti (dapat disertai latihan penguatan otot dan keseimbangan) selama 20-60 menit, kemudian diakhiri latihan pendinginan dengan peregangan selama 5-10 menit.

b. Latihan fisik yang benar bagi usia lanjut adalah latihan fisik yang dilakukan sesuai dengan kondisi fisik yang secara medis mampu melakukannya, sehingga tidak menimbulkan dampak yang merugikan. Contoh: usia lanjut dengan faktor risiko (hiperkolesterolaemia dan obesitas) dan penderita penyakit tidak menular (jantung dan pembuluh darah dan diabetes melitus) tidak dianjurkan melakukan latihan fisik aerobik tipe 3, sedangkan penderita obesitas tidak dianjurkan berlari karena dapat menimbulkan cedera, contohnya cedera pada lutut dan persendian.

c. Latihan fisik yang terukur bagi usia lanjut adalah latihan fisik yang dilakukan dengan mengukur denyut nadi latihan (DNL). Denyut Nadi Maksimal (DNM) dihitung berdasarkan rumus sbb:

DNM = (220-UMUR) X per

KEMENKES RI

DNL yang harus dicapai untuk meningkatkan daya tahan tubuh usia lanjut antara 60-70% dari DNM.
Contoh: usia 60 tahun, DNM = (220 - 60)x per menit = 160x per menit.
Untuk meningkatkan daya tahan tubuh, maka anjuran latihan fisik yang dilakukan dengan intensitas ringan-sedang dan DNL mencapai minimal 60% x 160 per menit = 96x per menit sampai maksimal 70% x 160 per menit = 112x per menit dan waktu latihan dimulai sesuai kemampuan (10-20 menit), kemudian perlahan-lahan ditambah secara bertahap sampai mencapai 60 menit dapat dengan interval waktu 10 menit.

d. Latihan fisik yang teratur bagi usia lanjut adalah frekuensi latihan fisik dilakukan 3-5 x dalam seminggu dengan selang 1 hari istirahat. Latihan fisik yang terprogram dilakukan secara bertahap dan bersifat individual secara mandiri di rumah maupun berkelompok di Puskesmas, kelompok usia lanjut, kelompok senam/olahraga lain.

e. Latihan fisik terdiri dari pemanasan, latihan inti dan diakhiri dengan pendinginan. Pemanasan dan pendinginan berupa peregangan dan relaksasi otot serta sendi yang dilakukan secara hati-hati dan tidak berlebihan.

Tahapan Latihan Fisik bagi Usia Lanjut:

a. **Pemanasan (Warming Up) dengan peregangan bagi Usia Lanjut**
Latihan pemanasan yang dilakukan latihan fleksibilitas kelentukan dan sering disebut sebagai *stretching* merupakan gerakan awal atau bagian dari pemanasan sebelum akan melakukan latihan inti. Gerakan yang dilakukan untuk meningkatkan luas gerak sekitar persendian yang melibatkan tulang dan otot. Latihan pemanasan dengan peregangan dilakukan:
   1) secara perlahan sampai mendekati batas luasnya gerakan sendi, kemudian gerakan ditahan selama 8 hitungan dalam 10 detik dan akhirnya dilakukan relaksasi pada sendi tersebut;
   2) gerakan ditahan sampai terasa ada regangan yang cukup tetapi tanpa ada rasa nyeri;
   3) secara bergantian melibatkan persendian dan otot-otot tubuh bagian atas dan bawah serta sisi kiri dan kanan tubuh;
   4) selama 10-15 menit;
   5) tanpa gerakan memantul;
   6) dengan bernapas secara teratur dan jangan menahan napas; dengan posisi tubuh berdiri tegak, pandangan menghadap ke depan, kedua tangan relaks di samping tubuh, kedua kaki dibuka selebar bahu.

KEMENKES RI

Gambar 1.
Kedua tangan diletakkan di pinggang, jatuhkan kepala ke arah bahu kanan, sehingga otot leher sisi kiri terasa teregang, Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik. Lakukan ke arah sebaliknya.

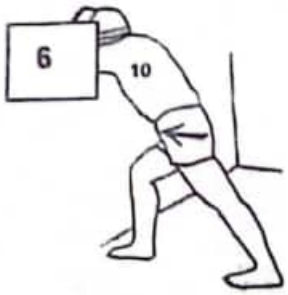
Gambar 2.
Tangan kanan memegang bahu kiri, dan siku kanan diangkat dengan tangan kiri dan didorong ke arah belakang, sehingga otot lengan kanan belakang terasa teregang. Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik. Lakukan pada lengan kiri.

Gambar 3.
Lengan kanan ditekuk ke atas, tangan kanan memegang punggung di belakang kepala. Tangan kiri memegang siku kanan, ditarik kearah kiri sehingga otot sayap lengan kanan terasa teregang. Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik. Lakukan pada lengan kiri.

Gambar 4.
Kedua tangan dirapatkan di depan dada, dorong ke arah depan sampai lurus dan otot-otot lengan samping terasa teregang. Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik.

Gambar 5 :
Kedua tangan dirapatkan di depan dada, dorong ke arah depan sampai lurus dan otot-otot bahu samping terasa teregang. Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik.

KEMENKES RI



Gambar 6.
Kedua lengan dilipat diletakkan di dinding, tempelkan dahi pada kedua lengan, ujung jari kaki kanan menempel di dinding, tungkai kanan ditekuk, tungkai kiri lurus ke belakang, sehingga otot-otot belakang tungkai tungkai kiri teregang. Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik. Lakukan pada kaki sebaliknya

b. Latihan Inti :

Latihan inti yang dilakukan terdiri dari latihan fisik yang bersifat aerobik untuk daya tahan jantung-paru, penguatan otot untuk daya tahan dan kekuatan otot serta keseimbangan.

1) Latihan daya tahan jantung-paru bagi Usia Lanjut:

Latihan aerobik dilakukan berdasarkan frekuensi latihan fisik per minggu. Intensitas latihan fisik diukur dengan menghitung denyut nadi latihan (DNL) per menit saat melakukan latihan fisik. Frekuensi latihan fisik dilakukan 3-5x dalam seminggu dengan durasi selama 20-60 menit, dapat dilakukan dengan interval selama 10 menit. Contoh program latihan fisik terdiri dari :

a) Senam aerobik 1x dalam seminggu, dapat dilakukan dalam kelompok. Dosis latihan disesuaikan dengan kemampuan individu sehingga mencapai denyut nadi latihan (DNL) 60-70% DNM secara bertahap. Gerakan yang dilakukan bersifat *non impact* (tanpa benturan) atau *low impact* (dengan benturan ringan) pada tungkai

b) Jalan cepat 2x dalam seminggu dilakukan secara kelompok 1x dan secara mandiri 1x.

Tabel latihan dilakukan dengan kecepatan ditingkatkan secara bertahap (untuk usia < 60 thn)

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

KEMENKES RI

Keterangan:

Contoh pada bulan ke II :

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

Latihan fisik untuk usia > 60 tahun menggunakan dengan jalan cepat selama 6 menit dengan menghitung jarak tempuh yang dilakukan secara bertahap

Tabel Jalan 6 menit pada Perempuan

WAKTU	JARAK TEMPUH (meter) MENURUT UMUR (tahun)						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
Bulan 1	450 m	400 m	350 m	300 m	250 m	200 m	150 m
Bulan 2	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m	250 m	200 m
Bulan 3	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m	250 m
Bulan 4	600 m	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m
Bulan 5	650 m	600 m	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m

Tabel Jalan 6 menit pada Laki-laki

WAKTU	JARAK TEMPUH (meter) MENURUT UMUR (tahun)						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
Bulan 1	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m	250 m	200 m
Bulan 2	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m	250 m
Bulan 3	600 m	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m	300 m
Bulan 4	650 m	600 m	550 m	500 m	450 m	400 m	350 m
Bulan 5	700 m	650 m	600 m	550 m	500 m	450 m	400 m

KEMENKES RI

2) Latihan Kekuatan Otot bagi Usia Lanjut:

Latihan kekuatan otot dilakukan berdasarkan jumlah set dan pengulangan gerakan (repetisi) dengan atau tanpa adanya penambahan beban dari luar.

Jenis latihan kekuatan otot dapat pula berupa latihan tahanan otot (*resistance training*). Latihan dilakukan 2-3x dalam seminggu selama 10-15 menit pada hari saat tidak melakukan latihan aerobik.

Gambar 1.
Latihan kekuatan otot kaki, lutut, pinggul dan punggung.
Diawali dari posisi duduk (lihat gambar), ke 2 lengan, di pinggang kemudian ke posisi berdiri dengan kedua lutut sedikit dibengkokkan.
Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik, kemudian kembali ke posisi duduk.
Gerakan diulangi 3-5 kali.

Gambar 2.
Latihan kekuatan otot lengan dan bahu.
Diawali dari posisi duduk (lihat gambar), masing2 tangan menggenggam sebuah air mineral isi 600 cc.
Kedua lengan dalam posisi lurus di samping tubuh, angkat kedua lengan bersamaan lurus ke samping sampai setinggi pinggul/pinggang.
Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik, kemudian kembali ke posisi lurus ke bawah.
Gerakan diulangi 3-5 kali.

Gambar 3.
Latihan kekuatan otot tungkai sisi dalam dan luar.
Diawali dari posisi berdiri tegak dengan pandangan lurus ke depan, kedua kaki dibuka selebar bahu, kedua lengan bertolak pinggang.
Pita karet (rubber band) atau ban roda dalam sepeda atau sesuatu yang lentur, dikaitkan di antara 2 kaki.
Gerakan dimulai dengan meengangkat lurus tungkai kanan ke samping.
Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik, kemudian kembali ke posisi semula. Gerakan diulangi 3-5 kali.
Lakukan gerakan yang sama pada tungkai kiri.
Untuk menjaga keseimbangan, satu tangan dapat dapat berpegangan pada kursi.

Gambar 4.
Latihan kekuatan otot tungkai bawah.
Diawali dari posisi setengah berbaring di lantai dengan kedua lengan menumpu tubuh. (lihat gambar).

KEMENKES RI

Dengan menggunakan pita karet (rubber band) atau ban roda dalam sepeda atau sesuatu yang lentur, dikaitkan antara 2 kaki.
Tungkai kanan dibengkokkan.
Gerakan dimulai dengan meluruskan tungkai kanan ke atas. Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik, kemudian kembali ke posisi semula.
Gerakan diulangi ke 3-5 kali.
Lakukan gerakanl yang sama pada tungkai kiri.

3) **Latihan Keseimbangan bagi Usia Lanjut:**
Latihan keseimbangan dilakukan dengan melatih tubuh pada posisi tidak seimbang dengan atau tanpa menggunakan alat bantu (kursi). Latihan dilakukan 2-3x dalam seminggu selama 10-15 menit. Latihan dilakukan setelah latihan kekuatan otot.

Gambar 1.
Berdiri pada posisi tegak, pandangan lurus ke depan.
Berjalan lurus mengikuti arah garis lurus mengikuti garis sepanjang 10 meter.
Langkah kaki awal diikuti langkah kaki berikutnya persis sesuai dengan arah garis, pandangan mata lurus ke depan.
Berjalan dilakukan 3 kali bolak balik.
Gerakan pada gambar 2-5 perlu menggunakan kursi sebagai tumpuan.

Gambar 2.
Gerakan diawali dengan berdiri tegak, pandangan lurus di belakang kursi, kedua kaki dibuka selebar bahu.
Satu tangan memegang sandaran kursi untuk menjaga keseimbangan.
Satu tungkai digerakkan lurus ke samping.
Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik, kemudian kembali lurus ke posisi semula.
Gerakan dilakukan berulang sampai 3-5 kali.
Lakukan gerakan yang sama pada tungkai yang lain.

Gambar 3.
Dengan posisi sama dengan pada gambar 2.
Gerakan tungkai dilakukan ke arah belakang dengan lutut ditekuk.
Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik, kemudian kembali ke posisi semula.
Gerakan dilakukan berulang sampai 3-5 kali.
Lakukan gerakan yang sama pada tungkai yang lain.

KEMENKES RI

Gambar 4.
Dengan posisi sama dengan pada gambar 2.
Gerakan tungkai dilakukan lurus ke belakang.
Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik,
kemudian kembali ke posisi semula.
Gerakan dilakukan berulang sampai 3-5 kali.
Lakukan gerakan yang sama pada tungkai yang lain.

Gambar 5.
Dengan posisi sama dengan pada gambar 2.
Gerakan tungkai dilakukan ke arah depan,
lutut ditekuk ke atas.
Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik.
Gerakan dilakukan berulang sampai 3-5 kali.
Lakukan gerakan yang sama pada tungkai yang lain

Gambar 6.
Diawali dengan posisi berdiri tegak berdekatan
dengan dinding atau satu tangan memegang
kursi, pandangan lurus ke depan.
Tungkai kiri dikaitkan ke belakang tungkai kanan.
Tahan selama 8 hitungan dalam 10 detik.
Gerakan dilakukan berulang sampai 3-5 kali.
Lakukan gerakan yang sama pada tungkai yang lain.

a. **Pendinginan (Warming down) dengan Peregangan bagi Usia Lanjut**
Latihan pendinginan dengan peregangan pada prinsipnya bentuk gerakan sama dengan latihan pemanasan dengan peregangan. Gerakan dilakukan dengan tempo lebih perlahan untuk mengembalikan kondisi tubuh.
Latihan dilakukan selama 5-10 menit.

1. **Jenis Latihan Fisik yang Tidak Dianjurkan bagi Usia Lanjut**
Usia lanjut secara umum akan mengalami penurunan fungsi tubuh yang tidak dapat diprediksi, sehingga untuk latihan-latihan fisik tertentu perlu mendapat perhatian khusus, seperti:
   a. Waktu latihan inti lebih dari 60 menit
   b. Gerakan menahan napas
   c. Gerakan tubuh yang memantul dan melompat
   d. Latihan beban dengan beban dari luar
   e. Latihan fisik yang mengganggu keseimbangan, seperti berdiri di atas 1 kaki tanpa berpegangan atau latihan di tempat yang tidak rata dan licin
   f. Gerakan hiperekstensi leher (menengadahkan kepala ke belakang)
   g. Olahraga pertandingan atau kompetitif

KEMENKES RI

MATERI INTI 8
REHABILITASI MEDIK GERIATRI DI PUSKESMAS

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul Pelatihan Rehabilitasi Medik Geriatri tingkat Primer di Puskesmas, berangkat dari falsafah rehabilitasi medik, yaitu pendekatan medis, psikis, sosial dalam perawatan dan asuhan melalui berbagai teknik intervensi yang didesain untuk meningkatkan kemampuan fungsional pasien ataupun para penyandang cacat. Filosofi ini mengandung makna positif, bahwa kapasitas fungsional seseorang dapat dirancang, dibentuk, walau pada orang cacat ataupun lanjut usia sekalipun.

Ruang lingkup pelatihan didasarkan pada komponen dasar aktifitas motorik dan aktifitas fungsional para lanjut usia, baik untuk lanjut usia sehat dengan tetap mampu mempertahankan aktifitasnya ataupun lanjut usia sakit, untuk mengembalikan kemampuan aktifitasnya.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah menyelesaikan modul ini, peserta pelatihan mampu melaksanakan Rehabilitasi Medis primer pada pasien lanjut usia di Puskesmas.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti modul ini, peserta pelatihan memiliki kemampuan untuk:

1. Melakukan Tatalaksana Lingkup Gerak Sendi.
2. Melakukan Tatalaksana Melatih Kekuatan Otot Anggota Gerak Atas dan Anggota Gerak Bawah.
3. Menilai Aktifitas Kehidupan Sehari-hari Pasien Lanjut usia dengan Metode BARTHEL Index.
4. Mendeteksi dan Mencegah Efek Samping Imobilisasi.
5. Mampu melakukan Pengaturan Posisi Tubuh, Mobilisasi dan Latihan Berpindah Tempat (Transfer).
6. Mampu melatih Penggunaan Alat Bantu Jalan.
7. Mampu melatih Pelaku Rawat dan Adaptasi Lingkungan.

III. POKOK BAHASAN/SUB POKOK BAHASAN

1. Tatalaksana Lingkup Gerak Sendi.
2. Tatalaksana Melatih Kekuatan Otot Anggota Gerak Atas dan Anggota Gerak Bawah.
3. Aktifitas Kehidupan Sehari-hari.
4. Deteksi Efek Samping Imobilisasi.
5. Pengaturan Posisi Tubuh, Mobilisasi dan Latihan Berpindah Tempat (Transfer).

KEMENKES RI

6. Latihan Penggunaan Alat Bantu Jalan.
7. Melatih Pelaku Rawat dan Adaptasi Lingkungan.

IV. LANGKAH – LANGKAH KEGIATAN

Langkah 1 : Pengkondisian

- Fasilitator memperkenalkan diri
- Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran
- Fasilitator melakukan curah pendapat

Langkah 2 : Membahas Pokok Bahasan

- Fasilitator menyampaikan materi
- Fasilitator meminta peserta untuk menanggapi materi yang disajikan

Langkah 3. Praktek di kelas

V. URAIAN MATERI

1. Tatalaksana Lingkup Gerak Sendi

Definisi:

Lingkup gerak sendi adalah lengkung gerakan yang melalui suatu sendi. Pengukuran sendi diperlukan untuk mengevaluasi lingkup gerak sendi pasien yang mempunyai disfungsi fisik yang mengenai mobilitas sendi yang mempengaruhi fleksibilitas.

Cara Pengukuran:

Pengukuran lingkup gerak sendi menggunakan alat goniometer dan sebaiknya dicatat dalam lembar/formulir.

Cara pengukuran secara umum dengan menggunakan sistem 1800:

1. Minta pasien untuk mengambil posisi yang sesuai tapi nyaman dan santai.
2. Menjelaskan dan menunjukkan ke pasien apa yang hendak pemeriksa lakukan, mengapa, dan bagaimana pemeriksa mengharapkan pasien untuk bekerjasama.
3. Sendi yang akan dilakukan pengukuran sebaiknya tidak tertutup oleh pakaian.
4. Tentukan dan palpasi tulang yang akan dipakai sebagai patokan pengukuran.
5. Stabilisasikan sendi yang lebih proksimal dari sendi yang akan diukur.
6. Gerakkan bagian secara pasif melalui lingkup gerak sendi untuk memperkirakan lingkup gerak sendi yang ada dan rasakan mobilitas sendinya.
7. Kembalikan bagian ke posisi awal.
8. Pada posisi awal, letakan aksis goniometer di aksis sendi. Letakan gagang goniometer yang diam pada sisi proksimal tulang (tulang yang diam) dan gagang yang dapat bergerak pada ujung tulang (tulang yang bergerak).

KEMENKES RI

9. Catat angka derajat saat posisi awal dan gerakan goniometer.
10. Pemeriksa harus memegang bagian atas ataupun bawah dari sendi yang diukur secara mantap dan secara perlahan gerakkan sendi melalui lingkup gerak sendinya untuk menentukan lingkup gerak sendi pasif yang penuh. Jangan paksa sendi. Perhatian tanda-tanda nyeri dan tidak nyaman pada pasien.
11. Goniometer direposisi, dan catat angka derajat terakhir pada posisi akhir.
12. Angkat goniometer dan letakan kembali pada bagian yang diukur secara lembut pada posisi istirahat.
13. Catat pembacaan terakhir pada posisi akhir.

Interpretasi:
Nilai yang didapat dari pengukuran goniometer dibandingkan dengan nilai normal. Apabila nilai tersebut kurang dari batas normal maka dianggap sendi tersebut kurang fleksibel. Pada orang tua lingkup gerak sendi tidak selalu harus dalam nilai yang normal. Yang terpenting pada orang tua adalah lingkup gerak sendi fungsional.

2. Tatalaksana Melatih Kekuatan Otot
Definisi:
Manual Muscle Testing (MMT) adalah tes yang dilakukan secara manual oleh kekuatan pemeriksa terhadap pasien untuk menentukan kekuatan kelompok otot dan mencatat kemajuan atau kemunduran kekuatan tersebut.

Cara Pelaksanaan:
Dalam melakukan MMT ini, diperlukan kerjasama antara pasien dan pemeriksa. Dan hal-hal yang harus diperhatikan adalah:
1. Pasien atau kelompok otot yang akan dilakukan tes harus bebas dari rasa sakit.
2. Suasana ruang periksa sebaiknya tenang sehingga konsentrasi baik pemeriksa atau pasien tidak mudah terpecah.
3. Alas sebaiknya tidak terlalu empuk sehingga dapat membantu menstabilisasi bagian yang akan diperiksa. Tinggi tempat periksa juga yang dapat disesuaikan dengan tinggi pemeriksa sehingga pemeriksa dapat menggunakan posisi badan dan gaya pengungkit yang benar dan sesuai.
4. Posisi pasien harus sebaik mungkin sehingga dalam urutan pemeriksaan pasien tidak banyak berubah-ubah posisi.
5. Semua alat yang diperlukan dalam tes tersebut harus berada di dekat pemeriksa terutama apabila keadaan pasien tidak dapat ditinggalkan.
6. Kontraindikasi bila ada dislokasi atau fraktur yang belum sembuh, setelah operasi, inflamasi akut, miositis ossifikans. Dan harus hati-hati pada pasien dengan osteoporosis, subluksasi dan hipermobilitas sendi,

KEMENKES RI

hemofilia, penyakit jantung, setelah operasi abdomen, hernia abdomen dan apabila kelelahan dapat menyebabkan penyakit pasien kambuh.

Terdapat standar pelaksanaan yang harus dijalankan untuk mendapatkan dan memastikan ketepatan dan konsistensi. Tes dilakukan dengan mengikuti beberapa tahapan yaitu : (1) posisi, (2) stabilisasi, (3) palpasi, (4) observasi, (5) resistensi, (6) pemberian nilai (*grading*).

- Posisi pemeriksa harus se-rileks mungkin terhadap pasien.
- Kemudian pemeriksa menstabilisasi bagian proksimal dari bagian yang akan diperiksa untuk menghilangkan gerakan berlebihan dari kelompok otot yang lain. Pemeriksa memberikan penjelasan atau contoh gerakan yang harus dilakukan oleh pasien, kemudian meminta pasien melakukannya dan kembali ke posisi semula.
- Lalu pemeriksa melakukan observasi dari bentuk dan kualitas gerakan pasien, melihat ada tidaknya gerakan substitusi dan kesulitan yang membutuhkan pengaturan ulang posisi dan stabilisasi.
- Pemeriksa kemudian melakukan palpasi dengan jarinya pada otot utama atau insersi tendo dari kelompok otot yang akan diperiksa dan meminta kembali untuk melakukan gerakan yang telah dicontohkan pemeriksa.
- Pemeriksa kemudian melakukan observasi kembali dan melihat ada tidaknya gerakan substitusi dan seberapa penuh lingkup gerak sendi yang dapat dilakukan.
- Ketika pasien sudah dapat melakukan lingkup gerak sendi secara penuh maka pemeriksa memindahkan jari yang dipakai untuk palpasi untuk memberikan tahanan yang berlawanan dari gerakan pasien. Pemeriksa harus tetap mempertahankan stabilisasi saat memberikan tahanan pada pasien.
- Setelah pemeriksaan selesai, pemeriksa memberikan tingkatan angka (*grading*) seperti definisi interpretasi.

Hasil dicatat pada formulir pemeriksaan kekuatan otot, tidak hanya untuk dokumentasi tapi juga untuk melihat kemajuan pasien setelah terapi.

Interpretasi:

Tingkatan MMT ini dinilai denga menggunakan urutan angka dari nol (0), yang menggambarkan tidak adanya aktivitas otot, sampai lima (5), yang menggambarkan kekuatan normal atau respon terbaik untuk tes tersebut. Antara nol dengan 5 diinterpretasikan sebagai berikut :

KEMENKES RI

Tingkatan Angka	Definisi
0	Tidak ada kontraksi otot yang dapat dilihat ataupun dirasakan
1	Kontraksi otot dapat dirasakan, tapi tidak ada gerakan
2	Gerakan penuh sepanjang lingkup gerak sendi tanpa melawan gravitasi
3	Gerakan penuh sepanjang lingkup gerak sendi dengan melawan gravitasi
4	Gerakan penuh sepanjang lingkup gerak sendi dengan melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang
5	Gerakan penuh sepanjang lingkup gerak sendi dengan melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan penuh

1. **Aktifitas Kehidupan Sehari-hari**
   Definisi:
   Pengukuran Barthel Indeks adalah suatu kuesioner dalam bentuk skala angka, yang ditanyakan langsung kepada pasien ataupun keluarga untuk mengukur kemandirian fungsi dalam mengurus diri sendiri dan mobilitas. Barthel indeks modifikasi ini ditujukan untuk melihat kemajuan pasien dengan penyakit kronis sebelum dan setelah terapi, serta unutk menentukan berapa besar perawatan yang dibutuhkan oleh pasien.

   Cara Pelaksanaan:
   Pemeriksa menanyakan 10 kegiatan sehari-hari yang tercantum di kuesioner dan memberi skala angka (seperti yang tertera di bawah ini)

   Barthel Indeks Modifikasi
   1. **BAB (dalam 1 minggu)**
      0 = inkontinens (atau butuh diberikan pencahar)
      1 = terkadang BAB tanpa sengaja (1x/mgg)
      2 = kontinens
      Jika memerlukan pencahar dari perawat, maka termasuk "inkontinens"

   2. **BAK (dalam 1 minggu)**
      0 = inkontinens atau dikateterisasi atau tidak dapat mengatur
      1 = terkadang BAK tanpa sengaja (maksimal 1x dalam 24 jam)
      2 = kontinens (selama lebih dari 7 hari)
      Terkadang = kurang dari 1x/hari
      Pasien yang dapat melakukan kateterisasi secara mandiri dimasukkan dalam golongan kontinens

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

KEMENKES RI

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

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

6. **Transfer**
   0 = tidak mampu, tidak ada balans duduk
   1 = membutuhkan bantuan besar (butuh 1 atau 2 orang, fisik), dapat duduk
   2 = membutuhkan bantuan kecil (secara verbal atau fisik)
   3 = mandiri
   Tidak mampu = tidak ada balans duduk (tidak mampu duduk); perlu 2 orang untuk mengangkat
   Bantuan besar = satu orang yang kuat/terlatih, atau 2 orang biasa. Dapat berdiri
   Bantuan kecil = satu orang dengan mudah, atau hanya butuh supervisi untuk keamanan saja

7. **Mobilitas**
   0 = tidak dapat bergerak
   1 = mandiri dengan kursi roda
   2 = berjalan dibantu 1 orang (secara verbal atau fisik)
   3 = mandiri (boleh menggunakan alat bantu, seperti tongkat)

8. **Berpakaian**
   0 = bergantung
   1 = membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan separuh kegiatan tanpa dibantu
   2 = mandiri (termasuk mengancing, resleting, mengikat, dll)
   Separuh: membutuhkan bantuan untuk mengancing, resleting, dll

9. **Naik turun tangga**
   0 = tidak mampu
   1 = membutuhkan bantuan (verbal, fisik)
   2 = mandiri naik dan turun
   Naik dan turun tangga dengan alat bantu termasuk mandiri

10. **Mandi**
    0 = bergantung
    1 = mandiri (atau dengan shower)

KEMENKES RI

Interpretasi:
Setelah didapat total angka, maka dapat disimpulkan:
Total angka 0-4 = tergantung penuh
Total angka 5-8 = tergantung berat
Total angka 9-12 = tergantung sedang
Total angka 13-17 = tergantung ringan
Total angka 18-20 = mandiri

1. Deteksi Efek Samping Imobilisasi

Definisi :

Imobilisasi adalah keterbatasan gerak fisik yang dapat bersifat segmental ataupun seluruh tubuh. Penyebab umum imobilisasi di bagian rehabilitasi adalah gangguan neuromuscular dan cidera (seperti pasien pasca strok dan cidera medulla spinalis); pemakaian gips, dan splint, biasanya setelah trauma atau fraktur, penyakit akut yang membutuhkan istirahat di tempat tidur (seperti penyakit jantung akut, syok, septik, disaritmia); di posisi tidur yang berkepanjangan (misalnya pada nyeri punggung bawah kronis), di posisi duduk yang berkepanjangan (misalnya pemakaian kursi roda).

Imobilisasi akan menyebabkan efek samping yaitu deconditioning yaitu suatu keadaan adanya penurunan kapasitas fungsional dari berbagai sistim organ terutama system muskuloskeletal.

A. Kontraktur

Adalah terbatasnya lingkup gerak sendi baik secara aktif ataupun pasif yang dapat disebabkan oleh keterbatan sendi, jaringan lunak ataupun otot. Kondisi yang menyebabkan hal ini adalah nyeri, imbalans otot, fibosis kapsular dan jaringan periartikular, kerusakan otot primer atau faktor mekanik.

Serabut otot dan jaringan konektif yang berada dalam posisi memendek (dalam 5 – 7 hari), akan memendek oleh kontraksi serabut kolagen dan menurunyaserabut sarkomer otot. Dalam waktu lebih dari 3 minggu, jaringan konektif di otot dan sekitarnya akan menebal dan akan menyebabkan kontraktur. Kontraktur paling sering terjadi pada anggota gerak bagian bawah terutama mengenai otot yang melewati 2 sendi di pangkal paha (hip), lutut dan pergelangan kaki.

Untuk deteksi awalnya dapat diketahui dengan memeriksa lingkup gerak sendi dengan menggunakan goniometer (cara pelaksanaan seperti yang dijelaskan pada uji fleksibilitas).

B. Kelemahan otot dan atrofi

Hal ini sering terlihat pada otot – otot tungkai bawah yang anti gravitasi . Kekuatan otot dapat berkurang 1 – 3 % per hari. Imobilisasi penuh dalam 3 – 5 minggu akan menurunkan kekuatan otot sampai 50 %.

KEMENKES RI

Untuk deteksi awal dapat diketahui dengan memeriksa kukutan otot dengan manual muscle testing (cara pelaksanaan seperti yang dijelaskan pada uji kekuaan otat).

C. Ulkus Dekubitus

Ulkus dekubitus adalah nekrosis selular yang bersifat local yang hampir selalu terjadi pada tempat - tempat penonjolan tulang. Hal ini disebabkan oleh penekanan eksternal yang terus menerus (dalam jangka waktu lama) oleh faktor biomekanik (tekanan, gesekan, kelembaban dan suhu), faktor biokimia seperti asupan nutrisi yang buruk, dan faktor medis seperti trauma, penyait yang menurunkan mobilisasi terutama bila berhubungan dengan malnutrisi, anemia iskemia, infeksi spastisitas berat kontraktur dan edema.

Klasifikasi ulkus dekubitus didasarkan derajat kedalam ulkus. Terdapat berbagai macam klasifikasi untuk ulkus dekubitus, namun pertama kali dikembangkan adalah oleh SHEA dan sampai sekarang masih dipergunakan.

Klasifikasi Shea

Derajat 1	Eritema atau indurasi di daerah penonjolan tulang tanpa adanya ulserasi
Derajat 2	Ulkus mencapai dermis meluas ke perbatasan jaringan lemak subkutan
Derajat 3	Ulkus meluas sampai ke jaringan subkutan lemak, tapi belum menembus fasi adan otot
Derajat 4	Ulkus menenbus otot, dengan tulang sebagai dasarnya

D. Hipotensi Postural

Hipotensi postural adalah ketidakmampuan sistem sirkulasi untuk beradapatasi pada posisi tegak. Pada saat berdiri, darah akan mengumpul di tungkai bawah menyebabkan venous return menurun dengan tiba – tiba, sehingga mengurangi *stroke volume* dan *cardiac output*. Pada orang normal, maka akan terjadi vosokonstriksi dengan segera dan meningkatnya *heart rate* dan tekanan darah. Sedangkan pada pasien dengan imobilisasi lama adaptasi ini menghilang sehingga terjadilah hipotensi postural.

Hipotensi postural dapat dideteksi dengan cara yang cukup mudah yaitu dengan memeriksakan tekanan denyut nadi. Dikatakan hipotensi postural apabila terdapat kenaikan denyut nadi > 20 x/menit dan penurunan tekanan darah sistolik > 20 mmHg

2. **Pengaturan Posisi Tubuh, Mobilisasi dan Latihan Berpindah Tempat (Transfer)**
3. **Latihan Penggunaan Alat Bantu Jalan**
4. **Melatih Pelaku Rawat dan Adaptasi Lingkungan**

KEMENKES RI

MATERI INTI 9
PELAYANAN KEPERAWATAN KESEHATAN LANJUT USIA

I. DISKRIPSI SINGKAT

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan adalah terjadinya peningkatan umur harapan hidup penduduk Indonesia yaitu 66,2 tahun pada tahun 2004 menjadi 69,4 tahun pada tahun 2006 (Data BPS). Berdasarkan angka tersebut maka diperkirakan akan terjadi peningkatan populasi Lansia pada tahun 2010 menjadi 8,5 % dari jumlah penduduk Indonesia. Berbagai dampak yang akan terjadi akibat peningkatan populasi lansia ini antara lain adalah peningkatan penyakit degeneratif yang bersifat kronis dan multipatologis serta penanganannya memerlukan waktu yang lama sehingga membutuhkan biaya yang cukup besar.

Guna mengantisipasi kemungkinan masalah kesehatan yang akan terjadi pada populasi lansia ini perlu dilakukan upaya yang terkoordinir dan bersifat komprehensif yang menekankan upaya promotif dan preventif agar lansia tetap sehat dan mampu mandiri seoptimal mungkin. Pelayanan keperawatan kesehatan lansia di rumah merupakan salah satu bentuk pelayanan yang melibatkan pelayanan multidisiplin dan dilaksanakan di rumah pasien dengan melibatkan berbagai potensi yang ada di sekitarnya.

Pelayanan Keperawatan kesehatan Lansia di rumah bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan melibatkan berbagai sumber dan potensi keluarga. Modul ini berisikan materi pengantar keperawatan kesehatan di rumah, managemen kasus lansia dalam keperawatan kesehatan di rumah, serta penerapan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan lansia di rumah.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah menyelesaikan materi pada modul ini, diharapkan peserta mampu melakukan kegiatan dalam memberikan pelayanan keperawatan kesehatan lansia di Puskesmas

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah menyelesaikan proses pembelajaran materi ini diharapkan peserta mampu :

1. Menjelaskan Pengertian Keperawatan Kesehatan di rumah
2. Menjelaskan Tujuan Keperawatan Kesehatan di rumah

KEMENKES RI

3. Menjelaskan Ruang lingkup Pelayanan Keperawatan Kesehatan di rumah
4. Menyebutkan berbagai profesi yang terlibat dalam tim pemberi pelayanan Keperawatan Kesehatan di rumah
5. Menjelaskan Peran Perawat dalam Pelayanan Keperawatan Kesehatan di rumah
6. Menjelaskan Pengertian Managemen Kasus
7. Menjelaskan langkah-langkah proses Managemen Kasus (bahan bacaan)
8. Menjelaskan mekanisme melaksanakan kunjungan rumah pada Asuhan keperawatan Lansia di rumah
9. Mengidentifikasi berbagai hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan pelayanan keperawatan keluarga di rumah
10. Menerapkan Proses keperawatan keluarga dengan masalah kesehatan Lansia di rumah
11. Menjelaskan beberapa ketentuan dalam melaksanakan pelayanan keperawatan kelompok lansia

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

A. Pengantar Keperawatan Kesehatan di Rumah
   1. Pengertian
   2. Tujuan
   3. Ruang lingkup pelayanan
   4. Tim Pemberi Pelayanan Keperawatan Kesehatan di rumah
   5. Peran Perawat dalam Keperawatan Kesehatan di Rumah

B. Managemen Kasus Pada Pelayanan Keperawatan Kesehatan di Rumah
   1. Pengertian
   2. Proses Managemen Kasus

C. Asuhan Keperawatan dengan masalah kesehatan Lansia di Rumah
   1. Proses Keperawatan keluarga dengan masalah kesehatan Lansia di Rumah
   2. Mekanisme kunjungan rumah dalam Pelayanan Keperawatan keluarga dengan masalah Lansia di rumah
   3. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam Pelayanan Keperawatan keluarga dengan masalah kesehatan Lansia di rumah
   4. Beberapa ketentuan dalam melaksanakan pelayanan keperawatan kelompok lansia

IV. BAHAN BELAJAR DAN REFERENSI

1. Depkes. RI (2007) Panduan Keperawatan Kesehatan di rumah
2. Depkes. RI (2008) Modul Pelayanan Keperawatan Kesehatan Lansia di Rumah

KEMENKES RI

V. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Langkah-langkah kegiatan pembelajaran ini menguraikan tentang kegiatan fasilitator dan Kegiatan Peserta dalam setiap tahap proses pembelajaran sesuai pokok bahasan pada materi modul ini.

Langkah 1

Kegiatan Fasilitator :

- Menciptakan suasana nyaman dan kondusif bagi semua peserta dalam mengikuti proses pembelajaran
- Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan pembelajaran. Mencoba mengingatkan kembali materi sebelumnya yaitu tentang berbagai perubahan yang terjadi pada perekembanagan lansia dan dampaknya terhadap kesehatan lansia dan berbagai kebijakan terkait dengan upaya kesehatan lansia.
- Menyampaikan keterkaitan dan kesinambungan materi yang akan dibahas dengan materi sebelumnya.

Kegiatan Peserta :

- Secara bergiliran menyampaikan ulasan singkat tentang berbagai perubahan yang terjadi pada lansia dan dampaknya terhadap kesehatan lansia serta kebijakan penanggulangannya.
- Tidak seluruh peserta tetapi cukup ditunjuk beberapa orang saja

Langkah 2

Pengantar Keperawatan Kesehatan di Rumah

Kegiatan fasilitator

- Menggali pendapat, pengetahuan atau pengalaman peserta tentang pelayanan keperawatan kesehatan di rumah.
- Memantau perhatian dan partisipasi peserta dalam mengungkapkan dan berbagi pengetahuan atau pengalamannya sehingga terjadi proses komunikasi yang efektif
- Meminta peserta menuliskan hasil curah pendapat tersebut di white board atau flip chart
- Kemudian tayangkan satu persatu transparan/ power point sub pokok bahasan tentang Pengertian, tujuan, ruang lingkup pelayanan, dan peran perawat dalam melaksanakan perawatan kesehatan di rumah.
- Bersama peserta mengidentifikasi persamaan atau perbedaan antara hasil curah pendapat peserta dengan tayangan transparan / power point dari fasilitator, kemudian berikan tanggapan terhadap hasil curah pendapat peserta dan berikan penjelasan terhadap hal yang belum di ketahui.

KEMENKES RI

- Berikan kesempatan peserta bertanya/ meminta klarifikasi terhadap materi yang telah dijelaskan dan berikan penjelasan terhadap pertanyaan peserta tersebut.

Kegiatan Peserta
- Mengemukakan pendapat/ pengetahuan dan atau pengalaman tentang pelayanan keperawatan kesehatan di rumah terkait dengan Pengertian, tujuan, ruang lingkup pelayanan, dan peran perawat dalam melaksanakan perawatan kesehatan di rumah.
- Salah seorang peserta menuliskan hasil curah pendapat pada white board atau di flip chart
- Bersama fasilitator mengidentifikasi persamaan atau perbedaan antara hasil curah pendapat peserta dengan tayangan transparan / power point dari fasilitator, kemudian perhatikan tanggapan fasilitator.
- Memperhatikan tayangan materi dan penjelasan fasilitator tentang Pengertian, tujuan, ruang lingkup pelayanan, dan peran perawat dalam melaksanakan perawatan kesehatan di rumah.
- Mengajukan pertanyaan untuk klarifikasi dan memperhatikan jawaban fasilitator

Langkah 3
Managemen Kasus Pada Pelayanan Keperawatan Kesehatan di Rumah

Kegiatan fasilitator
- Meminta salah seorang peserta yang telah mempunyai pengalaman melaksanakan pembinaan kesehatan lansia untuk menceriterakan pengalamannya melaksanakan proses pengelolaan kasus lansia di rumah. Peserta yang lain diminta memperhatikan untuk memberikan masukan kemudian
- Memantau perhatian dan partisipasi peserta dalam mengikuti cerita pengalaman temannya sehingga terjadi proses yang efektif
- Meminta peserta lain untuk menambahkan pengalaman yang belum disampaikan oleh peserta sebelumnya.
- Kemudian tayangkan satu persatu transparan/ power point sub pokok bahasan tentang Pengertian dan proses managemen kasus pelayanan keperawatan kesehatan lansia di rumah
- Berikan penjelasan terhadap hal-hal yang belum di ketahui dan belum di bahas oleh peserta sebelumnya.
- Berikan kesempatan peserta bertanya/ meminta klarifikasi terhadap materi yang telah dijelaskan dan berikan penjelasan terhadap pertanyaan peserta tersebut.

Kegiatan Peserta
- Salah seorang peserta menceriterakan penglamannya dalam mengelola

KEMENKES RI

pelayanan keperawatan lansia di rumah dan peserta yang lain memperhatikan dan mencatat hal-ha lain yang akan disampaikan sebagai masukan tambahan.
- Peserta lain memberikan masukan tambahan terhadap cerita pengalaman peserta sebelumnya.
- Memperhatikan tayangan materi dan penjelasan fasilitator tentang Pengertian dan proses managemen kasus pada pelayanan keperawatan kesehatan lansia di rumah
- Mengajukan pertanyaan untuk klarifikasi materi yang belum dimengerti dan memperhatikan penjelasan jawaban fasilitator

Langkah 4

Asuhan Keperawatan keluarga dengan masalah Kesehatan Lansia di Rumah

Kegiatan fasilitator
- Menggali pendapat, pengetahuan atau pengalaman peserta tentang penerapan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan kesehatan lansia di rumah.
- Memantau perhatian dan partisipasi peserta dalam mengungkapkan dan berbagi pengetahuan atau pengalaman terkait asuhan keperawatan lansia di rumah
- Kemudian tayangkan transparan/ power point dan berikan penjelasan garis besar terkait materi asuhan keperawatan kesehatan lansia di rumah.
- Membagi peserta menjadi 4 kelompok dan memberikan penugasan kepada peserta untuk membahas contoh kasus keperawatan lansia di rumah dan menyusun rencana asuhan keperawatannya.
- Berikan kesempatan salah satu kelompok untuk mempresentasikan hasil diskusinya di depan peserta yang lain.
- Berikan kesempatan kelompok yang lain untuk memberikan tanggapan, klarifikasi dan tambahan terhadap hasil diskusi kelompok yang presentasi
- Berikan masukan dan tanggapan terhadap hasil presentasi dan tambahkan materi yang belum dibahas oleh peserta.
- Berikan kesempatan peserta bertanya/ meminta klarifikasi terkait materi yang telah dijelaskan dan berikan penjelasan sesuai pertanyaan peserta tersebut.
- Bersama peserta merangkum materi yang telah di bahas dan memberikan penekanan hal-hal yang dianggap penting.

Kegiatan Peserta
- Mengemukakan pendapat, pengetahuan atau pengalaman tentang penerapan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan kesehatan lansia di rumah.

KEMENKES RI

- Memperhatikan penjelasan fasilitator dan mencatat hal penting yang dirasa perlu.
- Mengenal antar anggota kelompok dan membuat kesepakatan/ peraturan diskusi
- Mempelajari lembar contoh kasus yang disediakan fasilitator dan bersama anggota kelompok menyusun rencana asuhan keperawatannya.
- Mempersiapkan bahan hasil diskusi untuk dipresentasikan
- Menyelenggarakan kegiatan Presentasi dan memberikan tanggapan, klarifikasi atau masukan untuk kelompok yang presentasi
- Memperhatikan tayangan materi atau penjelasan fasilitator terkait dengan materi asuhan keperawatan lansia di rumah.
- Mengajukan pertanyaan untuk klarifikasi dan memperhatikan jawaban fasilitator
- Berpartisipasi dalam merangkum materi dan mencatat hal-hal yang dianggap penting terkait keperawatan kesehatan lansia di rumah.

Langkah 5

Beberapa ketentuan dalam melaksanakan Pelayanan Keperawatan Kelompok Lansia

Kegiatan fasilitator

- Menggali pendapat, pengetahuan atau pengalaman peserta tentang pelayanan keperawatan pada kelompok lansia di masyarakat dan penerapan proses keperawatan dalam melaksanakan keperawatan kelompok lansia.
- Memantau perhatian dan partisipasi peserta dalam mengungkapkan dan berbagi pengetahuan atau pengalaman terkait asuhan keperawatan pad kelompok lansia di masyarakat.
- Kemudian tayangkan transparan/ power point dan berikan penjelasan garis besar terkait materi keperawatan pada kelompok lansia di masyarakat.
- Berikan kesempatan audien menceritakan pendapatnya berkaitan dengan pengalaman memberikan pelayanan keperawatan pada kelompok lansia.
- Berikan kesempatan pada audien yang lain untuk memberikan tanggapan, klarifikasi dan tambahan terhadap pengalaman yang telah diungkapkan oleh audien tersebut
- Berikan masukan dan tanggapan terhadap apa yang telah dibahas oleh audien terkait dengan pengalaman melaksanakan pelayanan keperawatan pada kelompok lansia.
- Bersama peserta merangkum materi yang telah di bahas dan memberikan penekanan hal-hal yang dianggap penting.

KEMENKES RI

Kegiatan Peserta

- Mengemukakan pendapat, pengetahuan atau pengalaman tentang penerapan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok lansia di masyarakat.
- Memperhatikan penjelasan fasilitator maupun penjelesan audien lain terkait dengan pelayanan keperawatan kelompok lansia dan mencatat hal penting yang dirasa perlu.
- Mengajukan pertanyaan untuk klarifikasi dan memperhatikan jawaban audien lain maupun fasilitator
- Berpartisipasi dalam merangkum materi dan mencatat hal-hal yang dianggap penting terkait keperawatan kesehatan pada kelompok lansia di masyarakat.

VI. MATERI : PELAYANAN KEPERAWATAN KESEHATAN LANSIA

A. KEPERAWATAN KESEHATAN DI RUMAH

1. Pengertian Pelayanan Keperawatan Kesehatan Di Rumah

Pelayanan keperawatan di rumah adalah pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien di rumahnya untuk menyembuhkan, mempertahankan, memelihara dan meningkatkan kesehatan fisik, mental/emosi pasien (Robyn Rice, 1996)

Pelayanan keperawatan di rumah merupakan sintesa dari keperawatan kesehatan komunitas dan ketrampilan teknikal tertentu yang berasal dari spesialisasi keperawatan tertentu. Ruang lingkup pelayanan keperawatan di rumah mencakup intervensi pencegahan primer, sekunder dan tersier yang berfokus pada asuhan keperawatan individu dengan melibatkan keluarga atau pemberi pelayanan yang lain (ANA, 1992)

Pelayanan keperawatan di rumah merupakan sintesa dari Pelayanan keperawatan kesehatan komunitas dan ketrampilan teknis keperawatan klinik yang berasal dari spesialisasi keperawatan tertentu. Pelayanan keperawatan kesehatan di rumah mencakup upaya untuk menyembuhkan, mempertahankan, memelihara dan meningkatkan kesehatan fisik, mental/emosi pasien. Pelayanan diberikan di rumah dengan melibatkan Klien dan keluarganya atau pemberi pelayanan yang lain.

KEMENKES RI

2. Tujuan Pelayanan Keperawatan Kesehatan Lansia Di Rumah

Umum : Meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya
Khusus :

a. Terpenuhinya kebutuhan dasar bagi pasien secara bio-psicho-sosio-spiritual
b. Meningkatnya kemandirian klien dan keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan anggota yang mempunyai masalah Kesehatan
c. Terpenuhinya kebutuhan akan pelayanan sesuai kebutuhan untuk penanganan masalah klien di rumah
d. Kesiapan pasien dan keluarga menerima masalah dan kondisi yang dihadapi pasien di rumah

3. Ruang Lingkup Pelayanan Keperawatan Kesehatan Di Rumah Meliputi :

a. Pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif pada proses penyembuhan kesehatan, rehabilitasi, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.
b. Melaksanakan perawatan primer (Primary Care Provider) dan penanganan gawat darurat
c. Melaksanakan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya tentang kondisi yang dialami pasien dan penanganannya
d. Mengembangkan pemberdayaan pasien, pengasuh dan keluarga dalam rangka meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik

4. Tim Pemberi Pelayanan Keperawatan Kesehatan Di Rumah

a. Tenaga Keperawatan Profesional
b. Tenaga profesi lain.
c. Tenaga non Profesional

5. Peran Perawat Dalam Pelayanan Keperawatan Kesehatan Di Rumah

a. **Manajer kasus**
b. **Pelaksana / Pemberi Asuhan**
c. **Pendidik**
d. **Konselor**
e. **Kolaborator**
f. *Advocate* / Pembela
g. Penemu Kasus dan Melakukan Rujukan
h. Penata lingkungan rumah
i. Peneliti

KEMENKES RI

6. **Prinsip-Prinsip Pelayanan Keperawatan Kesehatan Di Rumah**
   a. Pengelolaan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah dilaksanakan oleh perawat yang memiliki keahlian khusus bidang tersebut
   b. Mengaplikasikan konsep sebagai dasar mengambil keputusan dalam praktik.
   c. Mengumpulkan dan mencatat data dengan sistematis, akurat dan komprehensif secara terus menerus.
   d. Menggunakan data hasil pengkajian untuk menetapkan diagnosa keperawatan
   e. Mengembangkan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan melalui tindakan-tindakan peningkatan, pencegahan, terapi dan pemulihan.
   f. Memberikan pelayanan keperawatan dalam rangka menjaga kenyamanan, penyembuhan, peningkatan kesehatan dan pencegahan komplikasi.
   g. Mengevaluasi secara terus menerus respon pasien dan keluarganya terhadap intervensi keperawatan.
   h. Bertanggung jawab terhadap pasien dan keluarganya akan pelayanan yang bermutu melalui : manajemen kasus, penyiapan "Discharge Planning", dan koordinasi dengan sumber-sumber di komunitas.
   i. Memelihara hubungan multidisiplin untuk menjamin agar semua upaya saling mendukung.
   j. Mengembangkan kemampuan profesional & berkontribusi thd pertumbuhan kemampuan tenaga profesional lain.
   k. Berpartisipasi dalam aktifitas riset untuk mengembangkan pengetahuan / pelayanan keperawatan di rumah.
   l. Menggunakan kode etik keperawatan dalam praktik keperawatan

B. MANAGEMEN KASUS KESEHATAN LANSIA DI RUMAH

1. **Pengertian Managemen Kasus**
   Managemen Kasus diartikan sebagai proses penyediaan pelayanan pasien yang diberikan kepada pasien dengan kebutuhan individual maupun pasien dalam bentuk kelompok. Pasien dalam bentuk kelompok ini berarti mempunyai diagnosa keperawatan atau masalah medis yang sama. Managemen kasus ini memfokuskan pada pencapaian outcome pelayanan pasien dalam kerangka waktu yang sesuai dan efektif.

2. **Proses Managemen Kasus Pada Pelayanan Keperawatan Kesehatan Di Rumah**
   a. Melakukan seleksi kasus dan melakukan kontrak informed concern terkait dengan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah. Kasus prioritas antara lain
      - Lansia dengan masalah :

KEMENKES RI

- Penyakit degeneratif,
- Penyakit kronis,
- Gangguan fungsi atau perkembangan organ

➢ Lansia risiko tinggi
➢ Lansia terlantar (Lansia Neglect)
➢ Lansia Pasca Perawatan di Rumah Sakit

a. Melakukan Pengkajian Kebutuhan pelayanan & Potensi lansia/ keluarga mencakup :
   ➢ **Kondisi fisik lansia** untuk menentukan tindakan yang diperlukan, seperti pemasangan infus, pemberian oksigen, terapi fisik, atau perlu peralatan lain
   ➢ **Kondisi psikologis dan kognitif lansia** untuk menentukan kebutuhan dukungan emosional
   ➢ **Status sosial ekonomi** keluarga untuk menentukan kebutuhan dan kemampuan mengakses pelayanan kesehatan
   ➢ **Pola perilaku dan ADL lansia** terkait dengan program diet, penggunaan obat, istirahat dan latihan, untuk menentukan apakah perlu rujukan atau pelayanan kesehatan lainnya
   ➢ **Kemampuan Keluarga, support sistem dan sumber-sumber** yang tersedia di keluarga maupun di masyarakat .
   ➢ **Menentukan kebutuhan akan pelayanan yang dibutuhkan**. Pilihan disesuaikan dengan kondisi pasien dan sumber yang tersedia.

b. Membuat Perencanaan Penyediaan Pelayanan (Bersama lansia, keluarga,Tim penyedia pelayanan yang terkait)
   ➢ Membuat rencana tindakan dikaitkan dengan pembiayaan yang diperlukan.
   ➢ Menyeleksi sumber-sumber yang tersedia di masyarakat sesuai kebutuhan lansia
   ➢ Membuat rencana kunjungan (jadwal kunjungan) yang berisi : waktu, frekuensi dan tenaga yang akan melakukan kunjungan rumah.

c. Koordinasi Tim :
   Kegiatan yang dilakukan, meliputi :
   ➢ Memberikan informasi kepada lansia dan keluarga tentang : pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat & sesuai dengan kebutuhannya
   ➢ Membuat perjanjian (kesepakatan) dengan pasien dan keluarga tentang tenaga kesehatan yang akan memberikan pelayanan dan jenis pelayanannya.

KEMENKES RI

- Mengkoordinasikan rencana manajemen kasus yang telah dirancang kepada tim kesehatan yang bersangkutan sesuai jadwal kunjungan
- Bekerjasama dengan tim kesehatan lain dan melaksanakan pelayanan keperawatan berfokus pada tujuan yang telah ditetapkan hingga pasien mampu mandiri memenuhi kebutuhannya
- Melakukan rujukan dengan mempertimbangkan kondisi lansia, keterjangkauan pelayanan dan sumber-sumber yang tersedia.

d. Case Manager melakukan Pemantauan dan Evaluasi Pelaksanaan Pelayanan
- Memonitor tindakan yang dilakukan oleh tim, perubahan status medis lansia, perubahan kemampuan fungsional lansia, kebutuhan pendidikan kesehatan lansia dan keluarga.
- Menilai respon atau hasil akhir pelayanan.

Mengevaluasi proses manajemen kasus
- Menilai keakuratan dan kelengkapan hasil pengkajian kebutuhan pelayanan
- Menilai kesesuaian perencanaan dan ketepatan melakukan rujukan
- Menilai efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tindakan yang dilakukan oleh tim pemberi pelayanan

Mengevaluasi kualitas pelayanan :
- Mengobservasi & mendiskusikan pelayanan yg diberikan oleh Tim.
- Mengunjungi lansia dan keluarga untuk memperoleh informasi tentang persepsi mereka terhadap pelayanan yang diberikan
- Melakukan pertemuan tim untuk menilai perkembangan hasil pelayanan.
- Menyampaikan hasil pertemuan kepada lansia dan keluarga untuk menentukan RTL.
- Melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan dan pencapaian tujuan.

C. ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN MASALAH KESEHATAN LANSIA DI RUMAH

1. Pengkajian :

a. Melakukan pengkajian Kondisi Kesehatan dan kebutuhan dasar lansia, Aspek yang perlu di kaji :
- Riwayat kesehatan lansia dan riwayat kesakitan serta upaya penanggulangan yang telah dilakukan

KEMENKES RI

- Status kesehatan fisik, biologis, dan fisiologis yang terjadi pada lansia
- Fungsi Kognitif Lansia
- Aktifitas sosial dan kehidupan sehari-hari
- Status kesehatan mental lansia
- Sumber daya dan Dukungan keluarga
- Struktur dan Fungsi serta tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan

b. Melakukan Pengkajian Kebutuhan pelayanan keperawatan Serta Potensi lansia / keluarga didasarkan pada :
- *Kondisi fisik lansia* untuk menentukan tindakan yang diperlukan, seperti pemasangan infus, pemberian oksigen, terapi fisik, atau perlu peralatan lain
- *Kondisi psikologis dan kognitif lansia* untuk menentukan kebutuhan dukungan emosional
- *Status sosial ekonomi* keluarga untuk menentukan kebutuhan dan kemampuan mengakses pelayanan kesehatan
- *Pola perilaku dan ADL lansia* terkait dengan program diet, penggunaan obat, istirahat dan latihan, untuk menentukan apakah perlu rujukan atau pelayanan kesehatan lainnya
- Menentukan kebutuhan akan pelayanan keperawatan sesuai kondisi pasien dan sumber yang tersedia.

2. Merumuskan Masalah/ Diagnosa Keperawatan

a. Berbagai Kemungkinan Masalah Keperawatan pada Individu Lansia
- Kurang Pengetahuan (Knowledge deficit), self Care Deficit
- Perubahan Proses Pikir (Confuse, Demensia)
- Keterbatasan/ Gangguan Mobilitas fisik
- Penurunan Kemampuan Aktifitas (Activity intolerance)
- Gangguan integritas kulit
- Gangguan kenyamanan
- Tidak efektifnya fungsi pernapasan
- Gangguan Eleminasi : Konstipasi, Inkontinensia Urine
- Kehilangan/ Penurunan Sensori
- Depresi, Isolasi Sosial
- Abuse dan Neglect (Drug, Alkohol)
- Penyakit Kronis (Penyakit Jantung, Penyakit Paru, Hipertensi, DM)
- Communicable Deseases (Pnemonia, Influenza)

b. Masalah Keperawatan pada keluarga dengan lansia :
- Kurang mampu mengenal masalah kesehatan yang dialami lansia

KEMENKES RI

- Kurang mampu mengambil keputusan secara tepat dalam penanganan masalah kesehatan lansia
- Kurang mampu merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan lansia.
- Kurang mampu memodifikasi lingkungan yang dapat mendukung kesehatan lansia
- Kurang mampu memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia untuk mengatasi masalah kesehatan lansia

3. Menentukan Rencana Tindakan dan Implementasi Keperawatan

a. Menetapkan Tujuan pelayanan keperawatan keluarga dengan lansia di rumah

1) Individu Lansia diharapkan :

- Terpenuhi kebutuhan fisiologi : Oksigen, Makan, Minum, eleminasi, aktifitas sehari-hari
- Dapat beradaptasi dengan perubahan kesehatan yang terjadi pada dirinya
- Merasa nyaman dan aman dengan kondisi lingkungannya
- Mampu mempertahankan kemandirian dan berfungsi optimal dalam melakukan aktifitas sehari-hari

2) Keluarga dengan lansia diharapkan dapat :

- Mengenal masalah kesehatan yang dialami lansia
- Merawat anggota keluarga lansia dengan masalah kesehatan.
  - Mengatasi keluhan/ gejala/ respon klien terhadap penyakit
  - Menyediakan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar klien
  - Mengkoordinir pelaksanaan intervensi kesehatan bagi lansia
- Mengidentifikasi masalah keselamatan dan memodifikasi lingkungan yang dapat mendukung kesehatan lansia
- Mengidentifikasi dan memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia untuk mengatasi masalah kesehatan lansia

b. Menentukan tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan masalah/ diagnosa keperawatan yang ditetapkan

c. Menyeleksi sumber-sumber yang tersedia di keluarga dan masyarakat sesuai kebutuhan lansia

d. Menentukan rencana kunjungan (jadwal kunjungan) yang berisi : waktu, frekuensi dan petugas yang akan melakukan kunjungan rumah.

KEMENKES RI

e. Koordinasi dengan Tim untuk menyelenggarakan tindakan yang telah direncanakan.
   - Memberikan informasi kepada lansia dan keluarga tentang : tindakan atau pelayanan keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan kebutuhannya
   - Membuat perjanjian (kesepakatan) dengan pasien dan keluarga tentang tenaga kesehatan yang akan memberikan pelayanan dan jenis pelayanannya.
   - Mengkoordinasikan rencana tindakan/ intervensi keperawatan kepada tim yang bersangkutan sesuai jadwal kunjungan
   - Melakukan rujukan sesuai kondisi lansia, keterjangkauan pelayanan dan sumber-sumber yang tersedia.

4. Menentukan Strategi intervensi keperawatan lansia di rumah

a. Strategi Intervensi Pencegahan Primer

Upaya Pencegahan Primer mencakup :
- Pemenuhan kebutuhan nutrisi,
- Pemeliharaan higiene,
- Menjaga Keselamatan dan keamanan,
- Pemenuhan kebutuhan istirahat dan latihan/ olah raga.
- Mempertahankan kemandirian Lansia,
- Menata pola hidup dan persiapan menghadapi kematian

b. Strategi intervensi pencegahan sekunder

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

Berbagai tindakan pencegahan sekunder bagi lansia

- Pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari lansia.
- Melakukan Pemantauan secara teratur dan deteksi dini kemungkinan adanya gangguan kulit, eleminasi, pergerakan/ mobilisasi
- Melakukan rujukan secara tepat sesuai masalah yang ditemukan dan kebutuhan pasien
- Melakukan intervensi keperawatan secara tepat sesuai masalah kesehatan yang ditemukan

KEMENKES RI

- Bantu klien mendapatkan alat bantu sesuai kebutuhan misal : kursi roda untuk mobilisasi, gigi palsu untuk mengunyah, kaca mata untuk penglihatan dll.
- Kolaborasi dengan keluarga untuk menghilangkan faktor yang membahayakan di lingkungan dan penggunaan pengaman
- Persiapan bantuan dari care giver sesuai kebutuhan dan sumber yang tersedia
- Menata pola hidup dan persiapan menghadapi kematian

c. Strategi Intervensi pencegahan tersier

Tindakan pencegahan tersier difokuskan pada pencegahan komplikasi penyakit dan atau mencegah kambuh serta upaya pemulihan. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah terjadinya kecacadan atau ketergantungan terhadap lingkungan. Tindakan pencegahan tersier tergantung dari masalah yang dialami klien (Lansia) dan Tindakan pencegahan tersier untuk beberapa masalah hampir sama dengan tindakan pencegahan se,kunder.

Berbagai tindakan pencegahan tersier bagi lansia

- Hindarkan tekanan pada kulit waktu lama, dan hindarkan tidur dengan kaki menyilang, penggunaan warna yang menyilaukan
- Anjurkan penggunaan baju longgar dan sepatu pas, mengenali waktu untuk eleminasi dan biasakan defikasi dan miksi teratur, olah raga ringan scr. Teratur
- Ajarkan Kegel Exercise dan Bantu melakukan Bladder Training
- Gunakan multi sensori saat berkomunikasi atau memberikan edukasi bagi lansia,
- Lakukan prinsip-prinsip orientasi realita, Anjurkan klien ekpress feeling, Bantu lansia membangun jaringan sosial support
- Rujuk ke tempat-tempat ibadah atau kelompok pembinaan lansia
- Bantu caregiver mengembangkan strategi koping yang positip, dan lakukan supervise untuk lansia dengan masalah depresi, confuse
- Hilangkan faktor yang membahayakan di lingkungan

KEMENKES RI

HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN DALAM MELAKSANAKAN PELAYANAN KEPERAWATAN LANSIA DI RUMAH

1. Mengkaji faktor risiko kecelakaan lansia di rumah:
   a. Aktifitas lansia sehari-hari (level fungsional)
   b. Kondisi kognitif dan Emosi (Memory, Depresi)
   c. Temuan Klinis (Riwayat Kesehatan)
   d. Inkontinensia
   e. Penggunaan obat-obatan
   f. Fungsi mata, telinga, serta kondisi lingkungan
   g. Penurunan fungsi neurologis (keseimbangan)
   h. Riwayat dan aktifitas sosial (Drug, Menyetir)

2. Indikator Neglect pada Lansia :
   a. Higiene jelek
   b. Tanda decubitus
   c. Dehidrasi
   d. Integritas kulit jelek
   e. Kontraktur/ Kaku sendi
   f. Malnutrisi
   g. Eskoriasi
   h. Impaction

3. Tanda-tanda/ Kondisi yang dapat menimbulkan status Nutrisi jelek :
   a. Penyakit
   b. Pola makan jelek
   c. Gigi ompong/ Mulut nyeri
   d. Kesulitan ekonomi
   e. Penurunan kontak sosial
   f. Multiple medicine
   g. Penurunan/ peningkatan berat badan drastis
   h. Memerlukan bantuan perawatan diri
   i. Usia lansia di atas 80 tahun

4. Bahaya-bahaya Imobilitas :
   a. Kulit : Kerusakan kulit
   b. Muskuloskeletal : Kelemahan Otot, osteoporosis, nyeri sendi, nyeri punggung
   c. Kardiovaskuler : Peningkatan workload jantung, hipotensi orthostatik, pembentukan trombus, edema perifer
   d. Pernapasan : asidosis respiratorius, Pnemonia, Penumpukan sekret
   e. Ginjal : Batu ginjal, kesulitan kencing
   f. Gastrointestinal : Konstipasi, Pengerasan faeces
   g. Psichologis : Depresi, Jenuh

KEMENKES RI

D. ASUHAN KEPERAWATAN KELOMPOK LANJUT USIA DI MASYARAKAT

Sasaran Kelompok usia lanjut di masyarakat biasanya di jangkau pada:

- Panti Usia Lanjut
- Posyandu Usia Lanjut
- Kelompok Usia Lanjut di masyarakat seperti Karang Werdha, dll
- Kelompok Dasa Wisma dengan masalah Usia Lanjut

Strategi Pelayanan Keperawatan pada Kelompok Lansia :
Strategi penyelenggaraan pelayanan keperawatan pada kelompok Lansia adalah mewujudkan Kelompok swabantu Lansia.
Kelompok Swabantu lansia adalah :

a. Kelompok mandiri yang berada di masyarakat yang mempunyai tujuan, komitmen bersama untuk menyelesaikan masalah yang sama.
b. Metoda yang digunakan adalah berbagi pengalaman sesama anggota dan meminta bantuan profesional jika dibutuhkan.
c. Tenaga profesional yang ada berfungsi sebagai fasilitator yang dapat membantu mereka, jika mereka tidak mampu menangani masalahnya sendiri.
d. Melalui kelompok swabantu ini diharapkan individu akan lebih mudah memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mendapatkan kepuasan.

Kelompok swabantu lansia bertujuan untuk mengembangkan empati diantara sesama anggota kelompok dimana mereka saling berbagi pengalaman, perasaan, memberikan penguatan untuk membentuk cara penyelesaian masalah (koping) yang adaptif.

Kegiatan yang dapat dilakukan dalam kelompok swabantu

a. Sharing/berbagi pengalaman dan perasaan
   Berbagi pengalaman dan perasaan diantara anggota kelompok lansia sangat penting dalam meningkatkan kemampuan lansia untuk mengkomunikasikan masalah, kebutuhan serta harapannya, berempati seakan merasakan permasalahan yang dihadapi anggota lain. Melalui kegiatan saling berbagi maka mereka akan merasa tidak sendirian, ada yang mendengarkan serta merasa berharga.

b. Peningkatan kemampuan/ Keterampilan penyelesaian masalah
   Lansia akan saling belajar tentang cara-cara menyelesaikan masalah secara adaptif. Keterampilan penyelesaian masalah dapat digambarkan melalui role play yang dilakukan oleh anggota kelompok dibawah bimbingan fasilitator, pemberian reinforcement terhadap perilaku positif

KEMENKES RI

dan melatih, memahami serta mendukung perilaku pengontrolan diri; menggunakan koping mekanisme yang adaptif dalam menghadapi stres dan mendukung perubahan perilaku; serta menyiapkan anggota kelompok untuk terlibat dalam perubahan lingkungan sosial.

c. Permaian : Berbagai macam permainan dapat dilakukan oleh kelompok dalam rangka meningkatkan kemampuan kognitif lansia, merubah perilaku kearah adaptif dan meningkatkan relaxasi untuk mengurangi kecemasan. Bentuk permainan seperti : bermain puzzle, membaca, terapi musik, lomba, dll

d. Melakukan Rekreasi dan pemeliharaan kesehatan Misalnya : Pembinaan fisik : senam lansia, jalan santai; Pembinaan mental : Pengajian, ceramah agama; Pemeriksaan kesehatan/ skrining kesehatan

Karakteristik Kelompok Swabantu Lansia :

a. Memiliki anggota yang mempunyai kondisi atau permasalahan yang sama baik masalah kesehatan fisik, mental ataupun sosial;
b. Sifat keanggotaannya *volunteer non profit* atau suka rela;
c. Menekankan pada kebersamaan dan solidaritas yang tinggi dalam berusaha mengatasi masalah kelompok;
d. Memiliki komitmen saling menghargai dan bertanggung jawab antar anggota kelompok dalam berusaha mengatasi masalah kelompok
e. Mempunyai norma, aturan atau kode etik yang disepakati bersama;
f. Mempertahankan hubungan atau jaringan antar sesama anggota dengan saling mengunjungi atau mengadakan pertemuan rutin;
g. Memberikan dukungan dan bimbingan kepada anggota kelompok yang membutuhkan.

KEMENKES RI

V. PENUTUP

Pelayanan Keperawatan kesehatan Lansia merupakan salah satu alternative untuk menunjang upaya peningkatan kualitas hidup lansia dalam menjalani proses perkembangan hidupnya. Pelayanan keperawatan kesehatan lansia dapat dilaksanakan untuk lansia sebagai individu, sebagai bagian dari keluarga, atau sebagai kelompok di masyarakat. Pelaksanaan keperawatan kesehatan lansia yang dilaksanakan secara komprehensif dan berkesinambungan diharapkan dapat mengantisipasi berbagai kebutuhan kesehatan yang muncul sebagai dampak adanya perubahan-perubahan baik aspek fisik, psichologis, maupun sosial lansia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Clark, Mary Jo (1999), ***Nursing in the Community, Dimensions of Community Health Nursing.*** Third Edition. Appleton & Lange : California
2. Cohen, E. L., Cesta, T. G. (2001). ***Nursing case management: from essentials to advanced practice applications*** (4th ed.). Philadelphia: Elsevier.
3. Depkes. RI. (2002), ***Pedoman Perawatan Kesehatan di Rumah.*** Dit. Bina Pelayanan Keperawatan : Jakarta
4. Depkes. RI (2008), **Modul Pelayanan Keperawatan Kesehatan Lansia di Rumah.** Dit. Bina Pelayanan Keperawatan : Jakarta
5. Lancaster, J., & Stanhope, M., C.A.(2006). ***Foundation of Nursing in the Community : Community Oriented Practice.*** 2nd ed. St. Louis : Mosby
6. Lueckenotte, A.G. (1996). ***Gerontological nursing***, St.Louis: Mosby
7. Mooney, R.A. dan Greenway, M.(1996). ***Rapid nursing interventions: Gerontology***, Albany: Delmar Publisher.
8. Powel, K. L. (2000). ***Case management: A practical guide to success in managed care*** (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.
9. Rice, Robyn (1996). ***Home Health Nursing Practice, Concepts & Application***. Second Edition. Mosby Year Book Inc : St. Louis
10. Smith, C.M., & Maurer, F.A.(2005). ***Community/Public Health Nursing Practice for Family and Population.*** St. Louis : Elsevier Saunders
11. Tyson, S.R. (1999). ***Gerontological nursing care***, Philadelphia: W.B Saunders

KEMENKES RI

Lampiran 1 : Formulir Pengkajian Lansia

PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA

1. DEMOGRAFI

Nama : _____

Usia : _____ tahun

Tinggi badan : _____ cm Berat badan : ____ kg

Status gizi : (lihat KMS Lansia)

- ☐ Lebih
- ☐ Normal
- ☐ Kurang

a. LINGKUNGAN FISIK

a.	Apakah lantai rumah licin	☐ Ya	☐ Tidak
b.	Apakah ada tangga yang tidak ada pengaman	☐ Ya	☐ Tidak
c.	Apakah lantai kamar mandi licin	☐ Ya	☐ Tidak
d.	Apakah penerangan dalam rumah cukup	☐ Ya	☐ Tidak
e.	Apakah lingkungan sekitar rumah licin	☐ Ya	☐ Tidak
f.	Apakah lingkungan sekitar rumah berbatu/tidak rata	☐ Ya	☐ Tidak
g.	Apakah ada selokan terbuka disekitar rumah	☐ Ya	☐ Tidak

Kesimpulan :
Resiko injuri ada bila salah satu jawaban YA.

b. SOSIAL EKONOMI

1. Apakah usia lanjut mempunyai penghasilan sendiri
   - ☐ Ya
   - ☐ Tidak

   Jika ya, berapa rata-rata perbulan.....

2. Apakah penghasilan mencukupi untuk kebutuhan sendiri
   - ☐ Ya
   - ☐ Tidak

3. Apakah ada dukungan dana dari sumber lain
   - ☐ Ya
   - ☐ Tidak

   Jika ya, dari mana.....

c. PELAYANAN KESEHATAN

1. Fasilitas kesehatan yang digunakan
   - ☐ Rumah Sakit

KEMENKES RI

- [ ] Puskesmas
- [ ] Klinik
- [ ] Dokter Praktek
- [ ] Lain-lain, sebutkan.....

1. Apakah pemeriksaan kesehatan secara teratur
   - [ ] Ya
   - [ ] Tidak
2. Apakah fasilitas kesehatan terjangkau oleh usia lanjut
   - [ ] Ya
   - [ ] Tidak

3. Apakah usia lanjut mempunyai jaminan kesehatan
   - [ ] Ya
   - [ ] Tidak

   Jika ya, berbentuk;
   - [ ] Asuransi kesehatan
   - [ ] Kartu Sehat/JPS
   - [ ] Lain-lain, sebutkan.....

2. PERILAKU SEHAT

1. Apakah usia lanjut mempunyai pantangan makanan yang terkait dengan kondisi kesehatan
   - [ ] Ya
   - [ ] Tidak

   Jika ya, sebutkan.....

Kesimpulan :
Sehat : 5 – 7
Tidak Sehat ; 0 – 4

2. Apakah usia lanjut merokok
   - [ ] Ya
   - [ ] Tidak

   Jika ya, berapa banyak dalam sehari.....

3. Apakah usia lanjut ketergantungan terhadap obat-obatan.
   - [ ] Ya
   - [ ] Tidak

   Jika ya, sebutkan jenisnya.....

4. Apakah usia lanjut melakukan olahraga
   - [ ] Ya
   - [ ] Tidak

   Jika ya, jenisnya:
   - [ ] Jalan-jalan
   - [ ] Senam
   - [ ] Bersepeda
   - [ ] Lari pagi
   - [ ] Lain-lain, sebutkan.....

KEMENKES RI

1. Apakah isterahat/tidur, mencukupi
   - ☐ Ya
   - ☐ Tidak

   Jika ya, berapa jam perhari.....
   Jika tidak apa alasannya.....

2. Pola koping yang dipergunakan lansia untuk menyelesaikan masalahnya
   - ☐ Konstruktif
   - ☐ Tidak Konstruktif

3. Apakah lansia merasa cemas
   - ☐ Ya
   - ☐ Tidak

   Jika ya, apa sumber kecemasannya.....

MASALAH KESEHATAN KRONIS

No	Keluhan kesehatan atau gejala yang dirasakan Bapak/Ibu dalam waktu tiga bulan terakhir	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
		3	2	1	0
1.	Keluhan kesehatan yang berkaitan dengan fungsi penglihatan : a. Penglihatan Kabur b. Mata berair c. Nyeri pada mata				
2.	Keluhan kesehatan yang berkaitan dengan fungsi pendengaran : a. Penglihatan Kabur b. Mata berair c. Nyeri pada mata				
3.	Keluhan kesehatan yang berkaitan dengan fungsi pernafasan : a. Batuk lama disertai keringat malam b. Sesak nafas				
4.	Keluhan kesehatan yang berkaitan dengan fungsi jantung : a. Jantung berdebar-debar b. Cepat lelah c. Pusing d. Nyeri daerah tengkuk (tekanan darah tinggi)				
5.	Keluhan kesehatan yang berkaitan dengan fungsi pencernaan : a. Mual/muntah b. Nyeri ulu hati c. Makan dan minum banyak (berlebihan) d. Perubahan kebiasaan buang air besar (mencret/sembelit).				

KEMENKES RI

6.	Keluhan kesehatan yang berkaitan dengan fungsi pergerakan : a. Nyeri kaki saat berjalan b. Nyeri pinggang atau tulang belakang c. Nyeri persendian/bengkak				
7.	Keluhan kesehatan yang berkaitan dengan fungsi persyarafan : a. Lumpuh/kelemahan pada kaki atau tangan b. Kehilangan rasa c. Gemetar/tremor				
8.	Keluhan kesehatan yang berkaitan dengan fungsi perkemihan : a. Buang air kecil banyak b. Sering Buang air kecil malam hari c. Tidak mampu mengontrol pengeluaran air kemih (Buang air kecil merembes).				

Analisa Hasil :

0 – 24	Ringan
25 – 48	Sedang
49 – 72	Berat

TINGKAT FUNGSI KOGNITIF

Petunjuk : Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan benar.

1.	Jam berapa sekarang?	☐ Benar	☐ Salah
2.	Tahun berapa sekarang?	☐ Benar	☐ Salah
3.	Kapan Bapak/Ibu lahir?	☐ Benar	☐ Salah
4.	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang?	☐ Benar	☐ Salah
5.	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang?	☐ Benar	☐ Salah
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah dengan bapak/Ibu?	☐ Benar	☐ Salah
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal serumah dengan bapak/Ibu?	☐ Benar	☐ Salah
8.	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia?	☐ Benar	☐ Salah
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang?	☐ Benar	☐ Salah
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1	☐ Benar	☐ Salah

Jumlah Score : ☐

Kategori penilaian :
Benar : 1
Salah : 0
Analisa Hasil :
Nilai : 8 – 10 : Tidak ada gangguan
Nilai : 0 – 7 : Ada gangguan.

KEMENKES RI

5. AKTIFITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI

No	Aktifitas	Mandiri	Ketergantungan
1.	Mandi dikamar mandi (menggosok badan, membersihkan dan mengeringkan badan).		
2.	Menyiapkan pakaian, membuka pakaian dan mengenakannya.		
3.	Makan makanan yang telah disiapkan keluarga.		
4.	Memelihara kebersihan diri untuk penampilan diri (menyisir rambut, mencuci rambut, menggosok gigi, mencukur).		
5.	Buang air besar di WC (membersihkan dan mengeringkan daerah bokong).		
6.	Dapat mengontrol pengeluaran feses (tinja)		
7.	Buang air kecil di kamar mandi (membersihkan dan mengeringkan daerah kemaluan).		
8.	Dapat mengontrol pengeluaran air kemih.		
9.	Berjalan dilingkungan tempat tinggal atau keluar rumah tanpa alat bantu seperti tongkat.		
10.	Menjalankan ibadah sesuai agama dan kepercayaan yang dianut.		
11.	Melakukan pekerjaan rumah (merapikan tempat tidur, mencuci pakaian, memasak, membersihkan rumah).		
12.	Berbelanja untuk kebutuhan sendiri atau kebutuhan keluarga.		
13.	Mengelola keuangan (menyimpan dan menggunakan uang).		
14.	Menggunakan sarana transportasi umum untuk bepergian.		
15.	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai dengan aturan (takaran obat dan waktu minum obat tepat).		
16.	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan keluarga dalam hal penggunaan uang, aktifitas sosial yang dilakukan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan.		
17.	Melakukan aktifitas di waktu luang (kegiatan keagamaan, sosial, rekreasi, olah raga, menyalurkan hobby).		

Kategori penilaian
Mandiri : 1
Tergantung : 0

Analisa Hasil :
Nilai 13 – 17 : Mandiri
Nilai 0 – 12 : Tergantung

KEMENKES RI

6. SKALA DEPRESI PADA LANSIA

Merupakan pilihan jawaban yang paling tepat untuk menggambarkan bagaimana perasaan anda selama satu minggu terakhir.

1.	Apakah Bapak/Ibu seringkali merasa bosan?	Ya	Tidak
2.	Apakah Bapak/Ibu diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat di keluarkan?	Ya	Tidak
3.	Apakah Bapak/Ibu merasa takut ada sesuatu yang jelek akan menimpanya?	Ya	Tidak
4.	Apakah Bapak/Ibu seringkali merasa tak berdaya?	Ya	Tidak
5.	Apakah Bapak/Ibu seringkali merasa gelisah dan gugup?	Ya	Tidak
6.	Apakah Bapak/Ibu memilih tinggal dirumah daripada mengikuti kegiatan sosial?	Ya	Tidak
7.	Apakah Bapak/Ibu kerap kali merasa kuatir akan masa depan?	Ya	Tidak
8.	Apakah Bapak/Ibu merasa punya banyak masalah dengan daya ingat anda?	Ya	Tidak
9.	Apakah Bapak/Ibu merasa kurang bahagia?	Ya	Tidak
10.	Apakah Bapak/Ibu merasa berat untuk memulai kegiatan baru?	Ya	Tidak
11.	Apakah Bapak/Ibu merasa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya	Tidak
12.	Apakah Bapak/Ibu kerap kali menjadi kesal terhadap hal-hal sepele?	Ya	Tidak
13.	Apakah Bapak/Ibu kerap kali merasa ingin menangis?	Ya	Tidak
14.	Apakah Bapak/Ibu sulit berkonsentrasi?	Ya	Tidak
15.	Apakah Bapak/Ibu menghindar dari perkumpulan sosial?	Ya	Tidak

Analisa hasil
0 – 5 : Ringan
6 – 10 : Sedang
11 – 15: Berat

Keterangan :

Ya	Nilai 1	:	Terganggu
Tidak	Nilai 0	:	Normal

KEMENKES RI

6. SKALA DEPRESI PADA LANSIA

Merupakan pilihan jawaban yang paling tepat untuk menggambarkan bagaimana perasaan anda selama satu minggu terakhir.

1.	Apakah Bapak/Ibu seringkali merasa bosan?	Ya	Tidak
2.	Apakah Bapak/Ibu diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat di keluarkan?	Ya	Tidak
3.	Apakah Bapak/Ibu merasa takut ada sesuatu yang jelek akan menimpanya?	Ya	Tidak
4.	Apakah Bapak/Ibu seringkali merasa tak berdaya?	Ya	Tidak
5.	Apakah Bapak/Ibu seringkali merasa gelisah dan gugup?	Ya	Tidak
6.	Apakah Bapak/Ibu memilih tinggal dirumah daripada mengikuti kegiatan sosial?	Ya	Tidak
7.	Apakah Bapak/Ibu kerap kali merasa kuatir akan masa depan?	Ya	Tidak
8.	Apakah Bapak/Ibu merasa punya banyak masalah dengan daya ingat anda?	Ya	Tidak
9.	Apakah Bapak/Ibu merasa kurang bahagia?	Ya	Tidak
10.	Apakah Bapak/Ibu merasa berat untuk memulai kegiatan baru?	Ya	Tidak
11.	Apakah Bapak/Ibu merasa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya	Tidak
12.	Apakah Bapak/Ibu kerap kali menjadi kesal terhadap hal-hal sepele?	Ya	Tidak
13.	Apakah Bapak/Ibu kerap kali merasa ingin menangis?	Ya	Tidak
14.	Apakah Bapak/Ibu sulit berkonsentrasi?	Ya	Tidak
15.	Apakah Bapak/Ibu menghindar dari perkumpulan sosial?	Ya	Tidak

Analisa hasil
0 – 5 : Ringan
6 – 10 : Sedang
11 – 15: Berat

Keterangan :

Ya	Nilai 1	:	Terganggu
Tidak	Nilai 0	:	Normal

KEMENKES RI

7. HUBUNGAN SOSIAL

1. Apakah usia lanjut berinteraksi dengan keluarga dan lingkungan sosial.
   - [1] Ya
   - [0] Tidak

   Jika ya, dengan siapa saja.....

2. Apakah usia lanjut mengikuti kegiatan sosial dilingkungannya
   - [1] Ya
   - [0] Tidak

   Jika ya, jenis kegiatannya :
   - [ ] Pengajian
   - [ ] Arisan
   - [ ] Olahraga/senam
   - [ ] Kesenian
   - [ ] Perkumpulan antar usia lanjut
   - [ ] Lain-lain.....

   Kesimpulan :
   3 – 4 : Baik
   1 – 2 : Kurang Baik

3. Apakah usia lanjut sering mengunjungi sanak saudara.
   - [1] Ya
   - [0] Tidak

4. Apakah lansia melakukan kegiatan rekreasi.
   - [1] Ya
   - [0] Tidak

   Jika tidak, alasannya.....

8. DUKUNGAN KELUARGA

1.	Keluarga meluangkan waktu untuk berbicara dengan usia lanjut	[ ] Ya	[ ] Tidak
2.	Keluarga merawat usia lanjut dengan penuh kasih sayang	[ ] Ya	[ ] Tidak
3.	Keluarga melibatkan usia lanjut dalam pengambilan keputusan	[ ] Ya	[ ] Tidak
4.	Keluarga siap membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi lansia	[ ] Ya	[ ] Tidak
5.	Keluarga memperhatikan jenis makanan yang sesuiai dgn kebutuhan lansia (makanan yang boleh/tidak boleh)	[ ] Ya	[ ] Tidak

Jawaban Ya : 1
Jawaban Tidak: 0

Kesimpulan
Memadai : 3 – 5
Tidak Memadai : 1 –2

Jakarta,
Surveyor,

KEMENKES RI

PEDOMAN DISKUSI KELOMPOK

TUJUAN DISKUSI :

1. Peserta mampu mengidentifikasi masalah keperawatan berdasarkan hasil pengkajian kepada klien kemudian dapat membuat rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien.
2. Peserta mampu mengidentifikasi terapi/ tindakan keperawatan sesuai masalah klien
3. Peserta mampu mendemonstrasikan dan melakukan terapi keperawatan sesuai kebutuhan klien
4. Peserta mampu mendokumentasian asuhan keperawatan

STRATEGI DISKUSI :

1. Peserta dibagi menjadi 3 kelompok
2. Kelompok memilih ketua, sekretaris dan penyaji
3. Ketua kelompok memimpin diskusi untuk membahas tugas kelompok
4. Menyiapkan media untuk menyajikan hasil diskusi kelompok
5. Menyiapkan media untuk mendemonstrasikan terapi keperawatan
6. Menyajikan hasil diskusi kelompok di depan peserta lain dan memberikan tanggapan terhadap pertanyaan kelompok lain.

Form Analisa data :

Data Penunjang	Rumusan Diagnosa Keperawatan
Data Subyektif : Data Objektif :	Diagnosa 1 :
Data Subyektif : Data Objektif :	Diagnosa 2 :

Form Perencanaan :

No.	Diagnosa Kep	Tujuan	Intervensi	Sasaran

KEMENKES RI

FORMAT
PERENCANAAN, PELAKSANAAN DAN EVALUASI

NO	DIAGNOSA KEP/TUJUAN	RENCANA INTERVENSI	PELAKSANAAN	EVALUASI

FORMAT C
CATATAN PERKEMBANGAN

Petunjuk:
Isilah kolom perkembangan asuhan keperawatan pada hari-hari perawatan selanjutnya

No	Diagnosa	Perkembangan Asuhan Keperawatan SOAPIE	Nama Jelas, Paraf, Tanggal

KEMENKES RI

CONTOH KASUS KEPERAWATAN KELUARGA 1

Keluarga SS dgn nenek JK (70). Anak JK, SS mengatakan sejak 3 thn yg lalu JK suka lupa, seperti lupa mandi, lupa cara berpakaian, lupa makan & minum; JK juga lebih senang menyendiri, suka menangis & marah tiba-tiba. SS mengatakan sejak harus mengawasi JK, ia & keluarga kesulitan untuk bekerja, SS juga bermaksud utk menitipkan JK ke panti jompo saja.. Cucu JK, AL mengeluh pd perawat yg dtg berkunjung ke rumah bahwa nenek sering tdk nyambung diajak bicara, kata-kata yg diucapkan tdk dimengerti, selain itu sering salah simpan barang seperti simpan kacamata di pot bunga, simpan kunci di toilet. Dari hasil wawancara perawat dengan JK, klien mengatakan ia tdk disayangi keluarga lagi, mereka suka malas mendengar bila JK berbicara, memarahi JK padahal JK tdk berbuat salah. Dari hasil observasi, JK terlihat sedih, penampilan JK sangat kurus, kurang rapi & belum mandi sejak kemarin.

TUGAS KELOMPOK :

Mendiskusikan kasus keluarga dengan masalah dimensia pada lansia mencakup:

1. Analisa data berdasarkan gambaran hasil pengkajian kasus
2. Rumuskan Diagnosa keperawatan yang sesuai dengan hasil pengkajian
3. Menyusun Rencana keperawatan , implementasi dan evaluasi keperawatan
4. Simulasikan tindakan/ Terapi keperawatan sesuai kebutuhan klien
5. Pendokumentasian asuhan keperawatan

CONTOH KASUS KEPERAWATAN KELUARGA 2

Nenek M tinggal di daerah perkotaan bersama anak (Ibu T) dan cucu-cucunya. Saat ini nenek M berusia 74 tahun. Ketika perawat datang berkunjung kerumahnya, Ibu T sedang kesal terhadap Nenek M yang sering kali mengompol di lantai. Ibu T mengatakan nenek M masih tetap mengompol walaupun sekarang sudah dibatasi minumnya. Nenek M mulai mengompol sejak satu bulan yang lalu, bahkan menurut Ibu T nenek kadang juga mengompol di kasur pada malam hari.

Nenek M tampak sedih, dia mengatakan tidak sengaja mengompol di lantai. Dia sedang berada di kamar, tiba-tiba merasa ingin buang air kecil dan tidak bisa menahan langsung keluar ketika akan berjalan menuju ke kamar mandi. Nenek M sendiri merasa malu dengan apa yang sekarang terjadi pada dirinya, kenapa dirinya tidak seperti dulu lagi. Nenek M menceritakan kadang kalau sedang batuk tanpa ia sadari air kecing juga keluar, walaupun tidak banyak.

Nenek M saat ini mengurangi minum terutama malam hari supaya tidak mengompol. Semenjak mengompol nenek M sudah tidak berani lagi keluar rumah untuk mengikuti pengajian, ia merasa kesepian dan tidak berdaya.

KEMENKES RI

Ketika perawat berada di samping nenek M tercium bau pesing, kamar nenek M juga terasa lembab, kasur tampak berantakan di alasi kain. Baju nenek M juga basah terkena air kencing dan belum diganti.

TUGAS KELOMPOK :

Mendiskusikan kasus klien inkontinensia urin mencakup:

1. Analisa data berdasarkan gambaran hasil pengkajian kasus
2. Rumuskan Diagnosa keperawatan yang sesuai dengan hasil pengkajian
3. Menyusun Rencana keperawatan , implementasi dan evaluasi keperawatan
4. Simulasikan tindakan/ Terapi keperawatan sesuai kebutuhan klien
5. Pendokumentasian asuhan keperawatan

KEMENKES RI

MATERI PENUNJANG - 1
MEMBANGUN KOMITMEN PEMBELAJARAN
(*BUILDING LEARNING COMMITMENT*)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Dalam suatu pelatihan terutama pelatihan dalam kelas(*in class training*), bertemu sekelompok orang yang belum saling mengenal sebelumnya,berasal dari tempat yang berbeda,dengan latar belakang sosial budaya, pendidikan/pengetahuan,pengalaman, serta sikap dan perilaku yang berbeda pula. Apabila hal ini tidak diantisipasi sejak awal pelatihan kemungkinan akan mengganggu kesiapan peserta dalam memasuki proses pelatihan yang bisa berakibat pada kelancaran proses pembalajaran selanjutnya.

Pada awal memasuki suatu pelatihan, sering para peserta menunjukkan suasana kebekuan*(freezing)*, karena belum tentu pelatihan yang diikuti merupakan pilihan pribadinya. Mungkin saja kehadirannya di pelatihan karena terpaksa, menuruti perintah atasan atau tidak ada lagi calon lainnya, dan ini sering terjadi pada pelatihan bagi pegawai institusi pemerintah. Mungkin juga terjadi, pada saat pertama hadir sudah memiliki angapan merasa sudah tahu semua yang akan dipelajari atau membayangkan kejenuhan yang akan dihadapi.

Untuk mengantisipasi semua itu, perlu dilakukan suatu proses pencairan*(unfreezing)*.
Membangun komitmen Belajar (BLC) adalah salah satu metode atau proses untuk mencairkan kebekuan tersebut. BLC juga mengajak peserta mampu mengemukakan harapan harapan mereka dalam pelatihan ini, serta merumuskan nilai nilai dan norma yang kemudian disepakati bersama untuk dipatuhi selama proses pembelajaran.Jadi inti dari BLC juga adalah terbangunnya komitmen dari semua peserta untuk berperan serta dalam mencapai harapan dan tujuan pelatihan, serta mentaati norma yang dibangun berdasarkan perbauran nilai nilai yang dianut dan disepakati. Proses BLC adalah proses melalui tahapan dari mulai saling mengenal antar pribadi,mengidentifikasi dan merumuskan harapan dari pelatihan ini, sampai terbentuknya norma kelas yang disepakati bersama serta kontrol kolektifnya.

Pada proses BLC setiap peserta harus berpartisipasi aktif dan dinamis.Keberhasilan atau ketidak berhasilan proses BLC akan berpengaruh pada proses pembelajaran selanjutnya.

KEMENKES RI

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan pembelajaran umum
Setelah mengikuti sesi ini peserta saling mengenal serta mampu merumuskan norma kelas yang disepakati bersama.

B. Tujuan pembelajaran khusus :
Setelah mengikuti sesi ini peserta mampu:
1. Melaksanakan perkenalan antara peserta,fasilitator dan panitia.
2. Mencapai suasana pencairan
3. Merumuskan harapan terhadap pelatihan yang merupakan kesepakatan bersama dan menjadi norma kelas yang disepakati bersama
4. Menetapkan kontrol kolektif terhadap pelaksanaan norma kelas.

III. POKOK BAHASAN dan SUB POKOK BAHASAN

Pokok Bahasan : Membangun Komitmen Pembelajaran.
Sub pokok bahasan :
1. Perkenalan.
2. Pencairan.
3. Harapan kelas, kekhawatiran mencapai harapan dan komitmen menjadi norma kelas.
4. Kontrol efektif.

IV. REFERENSI DAN BAHAN BELAJAR

1. Departemen Kesehatan RI, 2006. Modul TOT Pelatihan Pengelola Program Kesehatan Indera Pendengaran.
2. Departemen Kesehatan RI,2005.Modul TOT Pelatihan Pengelola Program Kesehatan Indera Penglihatan.
3. Pusdiklat Departemen Kesehatan RI,2001.Membangun Komitmen Belajar.
4. Lembar petunjuk penugasan

V. LANGKAH LANGKAH/PROSES PEMBELAJARAN

Langkah 1: Perkenalan
- Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan pembelajaran.
- Mengajak peserta untuk berpartisipasi aktif dalam proses pembelajaran.
- Memandu peserta untuk proses perkenalan dengan metode :
  - Dalam 5 menit pertama setiap peserta diminta berkenalan dengan peserta lain sebanyak-banyaknya
  - Meminta peserta yang berkenalan dengan jumlah peserta terbanyak, dan dengan jumlah peserta paling sedikit untuk memperkenalkan teman-temannya
  - Meminta peserta yang belum disebut namanya untuk memperkenalkan diri, sehingga seluruh peserta saling berkenalan

KEMENKES RI

Langkah 2 : Pencairan

- Fasilitator menyiapkan kursi sejumlah peserta dan disusun melingkar.
- Fasilitator meminta semua peserta duduk di kursi dan satu diantaranya duduk di tengah lingkaran.
- Peserta yang duduk di tengah lingkaran diminta memberi aba-aba,agar peserta yang disebut identitasnya pindah duduk,misalnya dengan menyeru: "Semua peserta berbaju merah pindah" Pada keadaan tersebut akan terjadi pertukaran tempat duduk dan saling berebut.Hal tersebut menggambarkan suasana "storming", atau seperti "badai" yang merupakan tahap awal dari suatu pembentukan kelompok.
- Ulangi lagi, setiap peserta yang duduk di tengah lingkaran untuk menyerukan identitas yang berbeda, misalnya pesrta yang berkaca mata atau yang berbaju batik dan lain-lain.Lakukan permainan tersebut selama 10 menit.
- Fasilitator memandu peserta untuk merefleksikan perasaannya dalam permainan tersebut serta pengalaman belajar apa yang diperolehnya.
- Fasilitator membuat rangkuman bersama-sama peserta,agar terjadi proses yang dinamis.

Langkah 3 : Merumuskan harapan terhadap pelatihan dan norma yang disepakati.

- Fasilitator membagi peserta dalam kelompok kecil masing-masing 5-6 orang, kemudian menjelaskan penugasan kelompok yaitu :
- Masing-masing kelompok menentukan harapan terhadap pelatihan ini serta kekhawatiran dalam mencapai harapan tersebut. Mula-mula secara individu, kemudian hasil setiap individu dibahas dan dilakukan kesepakatan sehingga menjadi harapan kelompok.
- Setiap kelompok diminta untuk mempresentasikan hasil diskusikan.Peserta lainnya diminta untuk memberikan tanggapan dan masukan.
- Fasilitator memandu peserta untuk membahas harapan dan kekhawatiran dari setiap kelompok tersebut sehingga menjadi harapan kelas yang disepakati bersama.
- Berdasarkan harapan kelas yang telah disepakati kemudian fasilitator memandu peserta untuk merumuskan norma kelas yang disepakati bersama.Peserta difasilitasi sedemikian rupa agar semua berperan aktif dan memberikan komitmennya untuk metaati norma kelas tersebut.

Langkah 4 : Menentukan Kontrol Kolektif.

- Fasilitator memandu brainstorming tentang sanksi apa yang harus diberlakukan bagi orang yang tidak mematuhi atau melanggar norma yang telah disepakati. Tuliskan hasil brainstorming di papan flipchart agar bisa dibaca oleh semua peserta.Peserta difasilitasi sedemikian

KEMENKES RI

rupa sehingga aktif dalam melakukan brainstorming.

- Fasilitator memandu membahas hasil brainstorming, sehingga dapat dirumuskan sanksi yang disepakati kelas.
- Fasilitator meminta salah seorang peserta untuk menuliskan dengan jelas rumusan sanksi yang telah disepakati tersebut pada kertas flipchart serta menempelnya di dinding agar bisa dibaca dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Langkah 5 : Penutupan sesi

- Fasilitator memandu peserta membuat rangkuman dari semua proses dan hasil pembelajaran selama sesi ini.
- Fasilitator memberi ulasan singkat tentang materi yang terkait dengan BLC.
- Fasilitator meminta peserta untuk berdiri membentuk lingkaran sambil berpegangan tangan,dan mengucapkan ikrar bersama untuk mencapai harapan kelas dan mematuhi norma yang telah disepakati.
- Mengakhiri sesi dengan tepuk tangan bersama.
- Fasilitator mengucapkan salam dan mengajak semua peserta saling bersalaman.

VI. URAIAN MATERI

Dalam sesi BLC, lebih banyak menggunakan metode games/permainan,penugasan individu dan diskusi kelompok.Hanya di akhir sesi ada ulasan singkat tentang materi yang terkait dengan BLC.

Komitmen

Adalah keterikatan,keterpanggilan seseorang terhadap apa yang dijanjikan atau yang menjadi tujuan dirinya atau kelompoknya yang telah disepakati dan terdorong berupaya sekuat tenaga untuk mengaktualisasinya dengan berbagai macam cara yang baik,efektif dan efisien.

Komitmen belajar/pembelajaran ,adalah keterpanggilan seseorang/kelompok/kelas (peserta pelatihan) untuk berupaya dengan penuh kesungguhan mengaktualisasikan apa yang menjadi tujuan pelatihan/pembelajaran.Keadaan ini sangat menguntungkan dalam mencapai keberhasilan individu/kelompok/kelas,karena dalam diri setiap orang yang memiliki komitmen tersebut akan terjadi niat baik dan tulus untuk memberikan yang terbaik kepada individu lain,kelompok dan kelas secara keseluruhan.

Dengan terbangunnya BLC,juga akan mendukung terwujudnya saling percaya,saling kerja sama, saling membantu,saling memberi dan menerima,sehingga tercipta suasana/lingkungan pembelajaran yang kondusif

KEMENKES RI

Harapan

Adalah kehendak/keinginan untuk memperoleh atau mencapai sesuatu.Dalam pelatihan berarti keinginan untuk memperoleh atau mencapai tujuan yang dinginkan sebagai hasil proses pembelajaran. Dalam menetukan harapan harus realistis dan rasional sehingga kemungkinan untuk mencapainya besar.Harapan jangan terlalu tinggi dan jangan terlalu rendah.

Harapan juga harus menimbulkan tantangan atau dorongan untuk mencapainya,dan bukan sesuatu yang diucapkan secara asal asalan.Dengan demikian dinamika pembelajaran akan terus terpelihara sampai akhir proses.

Norma

Merupakan nilai yang diyakini oleh suatu kelompok atau masyarakat,kemudian menjadi kebiasaan serta dipatuhi sebagai patokan dalam perilaku kehidupan sehari hari kelompok/masyarakat tersebut.Norma adalah gagasan, kepercayaan tentang kegiatan,instruksi,perilaku yang seharusnya dipatuhi oleh suatu kelompok.

Norma dalam suatu pelatihan,adalah gagasan,kepercayaan tentang kegiatan,instruksi,perilaku yang diterima oleh kelompok pelatihan,untuk dipatuhi oleh semua anggota kelompok(peserta,pelatih/fasilitator dan panitia).

Kontrol Kolektif

Merupakan kesepakatan bersama tentang memelihara agar kesepakatan terhadap norma kelas ditaati.Biasanya ditentukan dalam bentuk sanksi apa yang harus diberlakukan apabila norma tidak ditaati atau dilanggar.

Lembar Kerja

Penugasan 1.

Menentukan Harapan Pembelajaran dan kekhawatiran untuk mencapai harapan tersebut.

Tahap 1 : Menentukan harapan kelompok.

- Peserta dibagi dalam kelompok kecil a 5-8 orang.
- Mula mula peserta bekerja secara individu.
- Secara sendiri sendiri setiap peserta mengidentifikasi apa yang menjadi harapannya terhadap pelatihan ini.Tuliskan pada kertas catatan masing masing 3 harapan yang menjadi prioritas. Tuliskan juga kekhawatiran untuk mencapai harapan
- Kemudian diskusikan harapan masing masing peserta dalam kelompok dipandu oleh ketua kelompok.

KEMENKES RI

- Dengan metode brainstorming setiap peserta menyampaikan pendapatnya tentang usulan harapan kelompok berdasarkan hasil renungan dan analisis dari harapan harapan semua anggota kelompok.
- Kelompok diharapkan dapat menentukan harapan kelompok dan kekhawatiran sebagai hasil kesepakatan bersama.Setiap kelompok menentukan 3 harapan yang menjadi prioritas kelompok.
- Tuliskan harapan kelompok dan kekhawatiran pada kertas flipchart.

Tahap 2. Menentukan harapan kelas.

- Setiap kelompok mempresentasikan harapan dan kekhawatiran kelompoknya .
- Fasilitator memandu brainstorming untuk menentukan harapan kelas berdasarkan hasil analisis dari semua harapan kelompok dan kekhawatirannya
- Buat kesepakatan kelas untuk menentukan 5 harapan yang menjadi prioritas kelas serta kekhawatiran mencapai harapan
- Tuliskan hasilnya pada kertas flipchart.

Harapan individu	Kekhawatiran	Harapan kelompok	Kekhawatiran

Harapan kelompok	Harapan kelas

Tahap 3,Menentukan norma kelas

Dalam menentukan norma kelas,peserta difasilitasi untuk melakukan brainstorming.Fasilitasi dapat dilakukan oleh fasilitator atau diplih salah seorang dari peserta untuk memandu kelas.

KEMENKES RI

- Setiap peserta diminta mengemukakan pendapatnya tentang norma kelas berdasarkan harapan kelas yang sudah disepakati (norma untuk mencapai harapan kelas)
- Tuliskan pendapat peserta pada kertas flipchart agar terbaca oleh semua orang.Dapat juga dengan mengetik di komputer dan ditayangkan.
- Pendapat peserta tidak boleh dikomentari dahulu.
- Setelah semua pendapat peserta tertulis,kemudian dikompilasi/dipilah,yaitu pendapat yang serupa digabung jadi satu.
- Hasil penggabungan kemudian dibahas,sehingga menjadi beberapa butir norma.
- Buatlah kesepakatan bersama dan menjadikannya sebagai norma kelas yang harus ditaati.
- Tuliskan norma kelas yang sudah disepakati pada kertas flipchart dan tempelkan di dinding agar dapat dibaca semua orang.

Norma Kelas yang disepakati

Lembar Penugasan 2. Menentukan Kontrol Kolektif

- Peserta kembali ke dalam kelompok kecil
- Norma yang di sepakati dibahas untuk ditentukan apa kontrol kolektif apabila ada yang tidak mentaati norma kelas
- Hasil kelompok kemudian di presentasikan
- Fasilitator memandu peserta untuk menentukan control kolektif yang disepakati bersama (kelas). Tuliskan hasil kesepakatan kontrol kolektif pada kertas flipchart.

Norma		Kontrol Kolektif
1.		1.
2.		2.
3.		3.

KEMENKES RI

MATERI PENUNJANG - 2
PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM KESEHATAN LANJUT USIA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Dalam melaksanakan dan mengembangkan program kesehatan, termasuk program kesehatan lLanjut Usia perlu adanya suatu pengaturan yang baik. Proses pengaturan program kesehatan ini disebut manajemen program kesehatan.

Pencatatan dan pelaporan suatu program merupakan bagian Sistim Informasi Kesehatan (SIK), yang merupakan bagian fungsionil dari Sistim Kesehatan yang komprehensif, yang memberikan pelayanan kesehatan secara terpadu, meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, pelayanan rehabilitatif. SIK memberikan dukungan informasi kepada proses pengambilan keputusan di semua tingkat administrasi pelayanan kesehatan.

Pencatatan dan pelaporan suatu program merupakan salah satu alat bantu dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi

Dalam modul ini akan dibahas lebih lanjut mengenai pengertian, tujuan, manfaat pencatatan dan pelaporan serta cara pengisian formulir pencatatan, pelaporan dan KMS

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu melaksanakan pencatatan dan pelaporan program kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas

Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah menyelesaikan materi ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan Pengertian, tujuan, manfaat pencatatan dan pelaporan
2. Melakukan Pencatatan dan Pelaporan Kesehatan Lanjut usia
3. Melakukan pengisian KMS Lansia

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

1. Pengertian, tujuan, manfaat pencatatan dan pelaporan
2. Pencatatan dan Pelaporan Kesehatan Lanjut usia
3. Pengisian KMS Lansia

KEMENKES RI

IV. BAHAN BELAJAR DAN REFERENSI

1. Pedoman Puskesmas Santun Lanjut Usia
2. Pedoman Pengelolaan Kegiatan Kesehatan di Kelompok Lanjut Usia
3. Pedoman Pembinaan Program Kesehatan Lanjut Usia

V. LANGKAH / PROSES PEMBELAJARAN

Langkah–langkah/ proses pembelajaran ini menguraikan tentang kegiatan pelatihan/ fasilitator dan kegiatan peserta dalam setiap tahapan proses pembelajaran.

Langkah 1 : Pengkondisian

- Fasilitatator memperkenalkan diri, menyampaikan tujuan pembelajaran, mengapa materi ini diperlukan pada pelatihan serta keterkaitan dengan materi sebelumnya
- Fasilitatator memberi kesempatan kepada peserta yang sudah punya pengalaman melakukan pencatatan dan pelaporan program kesehatan lanjut usia untuk menyampaikan pengalamannya
- Peserta lain diminta untuk memberi tanggapan.

Langkah 2 : Membahas Pokok Bahasan

- Fasilitatator menayangkan power point dan menjelaskan pokok bahasan 1, 2 dan 3
- Fasilitatator memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya atau memberi tanggapan atas penjelasan fasilitator.
- Fasilitator meminta peserta untuk menanggapi pertanyaan
- Dari hasil pendapat peserta, fasilitatator memberikan komentar dan memberikan kesimpulan

Langkah 3. Latihan Pengisian Formulir Pencatatan dan Pelaporan Program Kesehatan lanjut usia

- Fasilitator membagikan formulir pencatatan dan pelaporan Program kesehatan lanjut usia
- Fasilitataor menjelaskan cara pengisisn formulir
- Peserta diminta mengisikan data yang dibawa dari Puskesmas tentang hasil kegiatan program lansia di Puskesmas
- Fasilitatator meminta peserta untuk menanyakan bagain-bagian dalam formulir yang tidak dimengerti
- Fasilitatator menjelaskan bagian yang tidak dimengerti oleh peserta

KEMENKES RI

Langkah 4. Latihan Pengisian KMS

- Fasilitator membagikan KMS Lansia dan contoh kasus
- Fasilitataor menjelaskan cara pengisian KMS
- Peserta diminta mengisikan KMS berdasarkan contoh kasus
- Fasilitatator meminta peserta untuk menanyakan bagain-bagian dalam KMS yang tidak dimengerti
- Fasilitatator menjelaskan bagian yang tidak dimengerti oleh peserta

VII. URAIAN MATERI : PENCATATAN DAN PELAPORAN

1. PENGERTIAN DAN TUJUAN

Pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu kegiatan yang sangat penting dalam manajemen kesehatan.

Pencatatan dan pelaporan terdiri dari 3 komponen, yaitu komponen informasi melalui kegiatan pencatatan, komponen pelaporan dan komponen analisis dan evaluasi.

- Pencatatan adalah kegiatan memasukkan dan mengumpulkan semua data yang diperoleh dari semua pelayanan petugas kesehatan.
- Pelaporan adalah kegiatan untuk melaporkan hasil pencatatan dari unit yang lebih rendah kepada unit yang lebih tinggi.
- Analisis dan Evaluasi adalah suatu kegiatan untuk menganalisis setiap kegiatan yang menjawab pertanyaan 5 W - 1 H

Tujuan dari Pencatatan dan Pelaporan ini adalah untuk mendapatkan data-data hasil kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan mulai dari kegiatan di masyarakat, kelompok lanjut usia dan kegiatan di Puskesmas

Pencatatan dan pelaporan yang rapi akan menghasilkan data yang dapat digunakan sebagai bahan advokasi, komunikasi dan sosialisasi suatu program. Upaya-upaya advokasi akan lebih efektif dan berhasil bila disertai dukungan fakta dalam bentuk data atau informasi yang akurat

2. PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM KESEHATAN LANJUT USIA

1. Jenis data yang dicatat dan dilaporkan
   b. Kegiatan dalam gedung
      - Jumlah sasaran pralansia dan lansia
      - Jumlah kunjungan pasien baru dan lama
      - 10 penyakit terbanyak lansia

KEMENKES RI

- Tingkat kemandirian lansia
- Jumlah lansia dengan gangguan mental emosional
- Status Gizi lansia
- Hasil pemeriksaan laboratorium lansia
- Jumlah lansia yang diberikan konseling
- Jumlah lansia yang dirujuk
- Frekuensi penyuluhan

c. Kegiatan di luar gedung
   - Jumlah dan nama kelompok lanjut usia
   - Jumlah kunjungan lansia di kelompok
   - 10 penyakit terbanyak lansia
   - Tingkat kemandirian lansia
   - Jumlah lansia dengan gangguan mental emosional
   - Status Gizi lansia
   - Hasil pemeriksaan laboratorium lansia
   - Jumlah lansia yang diberikan konseling
   - Jumlah lansia yang dirujuk
   - Frekuensi penyuluhan

2. Mekanisme pencatatan dan pelaporan
   Hasil pencatatan Puskesmas dilaporkan ke Dinas kesehatan Kabupaten/Kota. Hasil kegiatan yang dilaporkan merupakan penggabungan dari hasil kegiatan didalam dan diluar gedung dan dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setiap bulan.

Untuk memantau kesehatan lanjut usia digunakan kartu menuju sehat (KMS) lanjut usia dengan memindahkan hasil pemeriksaan ke dalam KMS, kemudian hasil pencatatan di KMS dipindahkan ke dalam fomulir pencatatan dan pelaporan. Setiap lansia yang dilayani baik di dalam gedung maupun diluar gedung Puskesmas harus memiliki KMS.

KEMENKES RI

Lampiran 1.

PETUNJUK PENGISIAN FORMAT PENCATATAN DAN PELAPORAN PUSKESMAS

1.	Kemandirian	:	Yang dimaksud dengan kegiatan hidup sehari-hari adalah kegiatan dasar kehidupan seperti: makan/ minum, berjalan, mandi, berpakain, naik tempat tidur, buang air besar/kecil dan sebagainya. Kegiatan melakukan pekerjaan diluar rumah, seperti : berbelanja, mencari nafkah, mengambil pensiun, arisan, pengajian, dan lain-lain. **Kategori A**: apabila lanjut usia sama sekali tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari, sehinga sangat tergantung orang lain (ketergantungan berat) **Kategori B**: apabila ada gangguan dalam melakukan sendiri, hingga kadang-kadang perlu bantuan (ada gangguan) **Kategori C:** apabila lanjut usia masih mampu melakukan kegiatan hidup sehari-hari tanpa bantuan sama sekali (mandiri).
2.	Mental emosional	:	Lakukan pemeriksaan status mental yang verhubungan dengan keadaan mental emosional, dengan menggunakan pedoman metode 2 menit melalui 2 tahap pertanyaan. Pertanyaan tahap 1: 1. Apakah anda mengalami sukar tidur ? 2. Apakah anda sering merasa gelisah? 3. Apakah anda sering murung dan atau menangis sendiri ? 4. Apakah anda sering merasa was-was atau khawatir ? Bila ada 1 atau lebih jawaban "ya" lanjutkan pada pertanyaan tahap 2 Pertanyaan tahap 2: 1. Apakah lama keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam sebulan ? 2. Apakah anda mempunyai masalah atau banyak pikiran 3. Apakah anda mempunyai gangguan atau masalah dengan keluarga atau orang lain ? 4. Apakah anda menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter? 5. Apakah anda cenderung mengurung diri didalam kamar ? Bila 1 atau lebih jawaban "ya" maka lanjut usia mempunyai masalah emosional
3.	I M T L (lebih) N (normal) K(kurang)	:	Indeks Masa Tubuh ditentukan dengan mencari titik temu antara garis bantu yang menghubungkan berat badan yang sudah diukur dengan tinggi badan. Nilai normal IMT untuk pria dan wanita lanjut usia berkisar antar 18.5 – 25. L: bila titik temu terdapat pada daerah grafik dengan warna merah N: bila titik temu terdapat pada daerah grafik dengan warna hijau H: bila titik temu terdapat pada daerah grafik dengan warna kuring

KEMENKES RI

4.	Tekanan Darah T (tinggi) N (normal) R (rendah)	:	Ukur tekanan darah dengan tensimeter dan stetoskop T: bila salah satu dari sistole atau diastole, atau keduanya di atas normal N: bila sistole antara 120 – 160 dan diastole ≥ 90 mmHg. R: bila sistole atau distole dibawah normal.
5.	Hb N (normal) K (kurang)	:	Periksalah hemoglobin dengan salah satu cara yaitu talquist, sahli atau cuprisulfat. Bila menggunakan talquist maka : N: nilainya ≥ 70% (untuk pria & wanita). Bila menggunakan sahli atau cuprisulfat maka : N: nilainya 13g% untuk pria dan 12g% untuk wanita.
6.	Reduksi urine N (normal) P (positif)	:	Kadar protein melalui pemeriksaan protein dalam urine N: bila tidak terdapat protein dalam urine (hasil pemeriksaan protein urine negatif) P: bila terdapat protein dalam urine (hasil pemeriksaan protein urine positif).
7.	Protein urine N (normal) P (positif)	:	Kadar protein melalui pemeriksaan protein dalam urine: N: bila tidak terdapat protein dalam urine (hasil pemeriksaan protein urine negatif) P: bila terdapat protein dalam urine (hasil pemeriksaan protein urine positif)
8.	Dirujuk/Tidak	:	Beri tanda + atau – bila : + : bila lanjut usia dirujuk ke tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi - : bila lanjut usia tidak dirujuk/hanya sampai di Puskesmas

KEMENKES RI

KERANGKA ACUAN PKL

PELATIHAN PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA DAN GERIATRI UNTUK PETUGAS PUSKESMAS

I. Latar Belakang

Secara alami proses menjadi tua mengakibatkan para **Lanjut Usia** mengalami kemunduran fisik dan mental. Kesehatan merupakan aspek sangat penting yang perlu diperhatikan pada kehidupan para **Lanjut Usia**. Salah satu permasalahan yang sangat mendasar pada Lanjut Usia adalah masalah kesehatan sehingga diperlukan upaya menyeluruh untuk meningkatkan kesehatan pada masyarakat khususnya kelompok pra Lanjut Usia dan Lanjut Usia serta upaya pembinaan dan pelayanan yang terus menerus.

Pelayanan Kesehatan kepada Lanjut Usia dilakukan mulai dari tingkat masyarakat di kelompok-kelompok Lanjut Usia, dan pelayanan di sarana pelayanan kesehatan dasar dengan mengembangkan Puskesmas Santun Lanjut Usia serta pelayanan rujukannya di Rumah Sakit. Pelayanan di Puskesmas lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif harus diutamakan tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif bagi Lanjut Usia yang mempunyai masalah kesehatan. Puskesmas merupakan ujung tombak dari pelayanan kesehatan masyarakat, di mana Puskesmas dapat menyentuh langsung masyarakat sampai ke tatanan keluarga dan masyarakat, dengan adanya jejaring Puskesmas di masyarakat seperti Posyandu, Puskesmas Keliling, Puskesmas Pembantu dan Bidan Desa.

Selain itu untuk dapat mengimplementasikan program maka kualitas tenaga Kesehatan Puskesmas yaitu Dokter dan Perawat yang terlibat dalam pelayanan kesehatan lanjut usia ini perlu ditingkatkan. Peningkatan kualitas tenaga kesehatan ini dapat dicapai salah satunya adalah melalui pelatihan teknis pelayanan kesehatan lanjut usia dan geriatri bagi petugas Puskesmas.

Untuk lebih memantapkan pengetahuan dan ketermpilan, peseta perlu mendapatkan pengalaman dengan mempraktekkan hasil pembelajaran dikelas pada sarana/ fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Oleh karena itu salah satu metode pelatihan ini adalah melakukan praktek lapangan di Rumah Sakit atau di Puskesmas Santun Lanjut Usia.

KEMENKES RI

II. Tujuan PKL

A. Tujuan Umum
Peserta mampu mempraktekkan hasil pembelajaran di kelas di tempat pelayanan yang telah ditentukan.

B. Tujuan Khusus
Peserta mampu :
- Melaksanakan Pemeriksaan Dasar pada Lanjut Usia yang meliputi:
  - Anamnesis
  - Pemeriksaan fisik
  - Pemeriksaan penunjang
- Memberikan pengobatan dasar untuk kasus tertentu Melakukan rujukan
- Melakukan follow up hasil pengobatan penyakit degenaratif yang umumnya ditemukan pada Lanjut Usia
- Melakukan rehabilitasi medik sesuai dengan kondisi dan sarana prasarana yang ada
- Melakukan asuhan keperawatan di rumah pada Lanjut Usia

III. Persiapan PKL

A. Penyiapan lokasi PKL
Beberapa hari sebelum pelatihan dimulai penyelenggara telah menentukan dan melakukan koordinasi dengan Rumah Sakit/Puskesmas tempat PKL.

B. Pembagian kelompok peserta.
Peserta dibagi dalam beberapa kelompok, setiap kelompok maksimal berjumlah 5 orang. Setiap kelompok akan melakukan pemeriksaan dan penanganan kasus lanjut usia. Setiap kelompok memilih Ketua kelompok, sekretaris dan pelapor. Setiap kelompok akan didampingi oleh fasilitator dan atau penyelenggara.

C. Penyiapan diri peserta
Setiap peserta membuat catatan tentang hal-hal yang harus dilakukan dalam menangani kasus masalah kesehatan lanjut usia yang ditemukan di tempat praktek, meliputi :
- Anamnesa : hal-hal apa yang harus ditanyakan
- Langkah-langkah pemeriksaan
- Penetapan diagnosa
- Tindakan/pengobatan yang harus diberikan

KEMENKES RI

IV. Pelaksanaan PKL

Peserta berangkat dari tempat pelatihan dan sudah siap dilokasi keberangkatan pada pukul 07.00 pagi.
Kegiatan dilokasi PKL :

A. Perkenalan dengan Kepala Ruangan Rumah Sakit/Kepala Puskesmas dan staf yang menjadi penanggungjawab / pelaksana pelayanan di poli lanjut usia. Menyampaikan tujuan kedatangan kelompok ke Rumah Sakit/ Puskesmas.
B. Mendapatkan penjelasan singkat dari Kepala Ruangan Rumah Sakit/Kepala Puskesmas dan atau penanggung jawab poli lanjut usia mengenai kasus-kasus lanjut usia terbanyak di poli tersebut
B. Mempraktekkan hasil pembelajaran yang diperoleh di kelas pada pasien yang telah disiapkan.
C. Membuat catatan tentang praktek lapangan yang telah dilakukan
D. Mempresentasikan hasil praktek lapangan.

V. Penyusunan laporan hasil PKL

Setiap kelompok menyusun laporan hasil PKL, antara lain :

A. Gambaran singkat tentang Rumah Sakit / Puskesmas lokasi PKL. Dapat berdasarkan penjelasan Kepala Ruangan Rumah Sakit/Kepala Puskesmas atau penanggung jawab poli Lanjut usia
B. Kegiatan yang dilakukan. Uraian singkat tentang proses kegiatan kelompok dalam melakukan praktek lapangan.
C. Hasil praktek lapangan meliputi:
   1. Hasil anamnesa.
   2. Langkah pemeriksaan
   3. Diagnosa kasus yang ditemukan
   4. Pengobatan dan tindakan yang dilakukan.
D. Kesimpulan
   Berdasarkan hasil praktek lapangan, kelompok mengambil kesimpulan mengenai proses dan hasil PKL. Apakah semakin memantapkan pemahaman pengetahuan dan keterampilan peserta. Apakah peserta sudah dapat menerapkannya di Puskesmas di tempat peserta bertugas ? Mengapa?

VI. Presentasi hasil PKL.

Setiap kelompok mempersiapkan bahan presentasi hasil PKL. Sebaiknya bahan penyajian diketik menggunakan laptop atau komputer. Setiap kelompok menunjuk pelapor untuk mempresentasikan hasil PKL. Peserta dari kelompok lain diminta menanggapi dan memberi masukan.

Pada akhir penyajian fasilitator menyampaikan rangkuman.

KEMENKES RI

MILIK PERPUSTAKAAN
KEMENTERIAN KESEHATAN

TIM PENYUSUN

1. dr. HR Dedi Kuswenda, MKes (Direktur Bina Upaya Kesehatan Dasar)
2. Dr. dr. Czeresna Heriawan Soejono, SpPD, KGer, MEpid, FACP (Dep. Penyakit Dalam FKUI/RSCM)
3. dr. Arya Govinda, SpPD (Divisi Geriatri FKUI/RSCM)
4. dr. Edi Rizal Wahyudi, SpPD (Divisi Geriatri FKUI/RSCM)
5. dr. Kuntjoro Harimurti, SpPED (Divisi Geriatri FKUI/RSCM)
6. dr. Siti Nuhoni, SpRM (Departemen Rehabilitasi Medik FKUI/RSCM)
7. dr. Savitri Sayogo, SpGK (Departemen Ilmu Gizi FKUI/RSCM)
8. dr. Martina Wiwie, spKJ (Departemen Psikiatri FKUI/RSCM)
9. dr. Indri (Direktorat. Kesehatan Jiwa)
10. dr. Yuliana (Direktorat Bina Gizi Masyarakat)
11. dr. Enny Riangwati, SpKO (Dit. Bina Kesehatan kerja dan Olah Raga)
12. dr. Wira Hartiti (Direktorat Bina Kesehatan Ibu)
13. drg. Hermanto Setiahadi, MS
14. Ryanto, M,Kes (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik)
15. drg.Sudono,MKes (Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar)
16. dr. Eko Budi Priyantio, MARS (Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar)
17. dr. Upik Rukmini, MKM (Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar)
18. dr. Kamal Amirudin, MARS (Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar)
19. dr. Adji Kusumadjati, MKes (Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar)
20. Tjutju Turaeni, S.Sos, MKM

KEMENKES RI

KEMENKES RI

PERPUSTAKAAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
002011653