

KEPERAWATAN GERONTIK



PENULIS :

- Epi Saptaningrum
- Utami
- Maria Imaculata Ose
- Arif Hidayatullah
- Diana Pefbrianti
- Abdullah Azam Mustajab
- Hendri Tamara Yuda

KEPERAWATAN GERONTIK

**Epi Saptaningrum
Utami**

Maria Imaculata Ose

Arif Hidayatullah

Diana Pefbrianti

Abdullah Azam Mustajab

Hendri Tamara Yuda



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN GERONTIK

Penulis :

Epi Saptaningrum
Utami
Maria Imaculata Ose
Arif Hidayatullah
Diana Pefbrianti
Abdullah Azam Mustajab
Hendri Tamara Yuda

ISBN : 978-623-125-285-2

Editor : Diana Purnama Sari., SE.M.E

Penyunting : Tri Putri Wahyuni., S.Pd

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2024

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

KATA PENGANTAR

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

Buku Ini Membahas Konsep Dasar Keperawatan Gerontik, Teori Proses Menua Dan Keadaan Post Power Syndrome, Etika Dan Hukum Tentang Perawatan Lanjut Usia, Profil Demografi Lanjut Usia, Asuhan Keperawatan Lanjut Usia Dengan Masalah Sleep And Activity, Asuhan Keperawatan Lanjut Usia Dengan Masalah Incontinensia, Asuhan Keperawatan Lanjut Usia Dengan Masalah Katarak Dan Gangguan Persepsi Sensorik.

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

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

Padang, Juli 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	v
BAB 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN GERONTIK.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Konsep Keperawatan Gerontik	2
1.2.1 Lingkup Bahasan Konsep Keperawatan Gerontik.....	2
1.2.2 Pendekatan Holistik dalam Keperawatan Gerontik.....	3
1.2.3 Manajemen Kondisi Kronis dalam Keperawatan Gerontik.....	5
1.2.4 Pencegahan Penurunan Fungsi dalam Keperawatan Gerontik	6
1.2.5 Promosi Kesehatan dalam Keperawatan Gerontik.....	7
1.2.6 Perawatan Paliatif dalam Keperawatan Gerontik.....	8
DAFTAR PUSTAKA	11
BAB 2 PROSES PENUAAN DAN KEADAAN POST POWER SYNDROME	13
2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Definisi Proses Penuaan dan Keadaan <i>Post Power Syndrome</i> (PPS).....	14
2.3 Pentingnya Memahami Dampak Psikologis dan Sosialnya	15
2.4 Teori Proses Penuaan	16
2.4.1 Konsep Biologis, Psikologis, dan Sosial dalam Proses Penuaan.....	16
2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Proses Penuaan.....	18
2.4.3 Manifestasi Proses Penuaan dalam Keseharian	20
2.5 Perubahan Fisik.....	22
2.6 Perubahan Psikologis	25
2.7 Perubahan Sosial.....	27

2.8 Dampak <i>Post Power Syndrome</i> (PPS).....	28
2.9 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya PPS....	29
2.10 Strategi Penanganan dan Pencegahan.....	32
DAFTAR PUSTAKA.....	36
BAB 3 ETIKA DAN HUKUM TENTANG PERAWATAN LANJUT USIA.....	39
3.1 Etika Pada Perawatan Lanjut Usia	39
3.1.1 Prinsip-prinsip Moral dalam Kesehatan Lansia	40
3.1.2 Hak-Hak Lanjut Usia.....	42
3.1.3 Tantangan Moral dalam Perawatan pada Lansia .	43
3.1.4 Rekomendasi dalam implementasi Etik pada perawatan lansia.	44
3.2 Perlindungan Hukum Pada Lanjut Usia	44
DAFTAR PUSTAKA.....	49
BAB 4 PROFIL DEMOGRAFI LANJUT USIA.....	51
4.1 Pendahuluan	51
4.2 Pengertian Demografi Lanjut Usia	52
4.3 Tujuan Demografi Lanjut Usia.....	53
4.3 Komponen Demografi Lanjut Usia	54
4.3.1 Usia	54
4.3.2 Jenis kelamin.....	55
4.3.3 Tingkat pendidikan	56
4.3.4 Ras.....	56
4.3.5 Agama	57
4.3.6 Status perkawinan.....	57
4.3.7 Pekerjaan	58
DAFTAR PUSTAKA.....	59
BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA DENGAN MASALAH.....	61
SLEEP DAN ACTIVITY.....	61
5.1 Pendahuluan	61
5.2 Pengkajian	62
5.2.1 Keluhan Utama	65
5.2.2 Penyakit terdahulu	66
5.2.3 Kemampuan pada fungsi motorik.....	67
5.2.4 Kemampuan pada fungsi mobilitas	69
5.2.5 Kemampuan pada rentang gerak	69

5.2.6 Intoleransi aktivitas.....	70
5.2.7 Kekuatan otot lansia dan gangguan pada system koordinasi	70
5.2.8 Psikologis.....	71
5.2.9 Status fungsional	71
5.2.10 Sistem metabolic	71
5.3 Diagnosa Keperawatan	72
5.4 Intervensi Keperawatan	72
5.5 Implementasi Keperawatan	76
5.6 Evaluasi.....	76
DAFTAR PUSTAKA	77
BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA DENGAN MASALAH INKONTINENSIA.....	79
6.1 Pendahuluan.....	79
6.2 Masalah Inkontinensia Urin	79
6.2.1 Definisi	79
6.2.2 Penyebab	80
6.2.3 Perubahan Fisiologis Terkait dengan Penuaan pada Saluran Kemih Bagian Bawah	81
6.2.4 Jenis-Jenis Inkontinensia Urin	82
6.2.5 Tanda dan Gejala.....	84
6.2.6 Penatalaksanaan	84
6.3 Asuhan Keperawatan	87
DAFTAR PUSTAKA	93
BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA DENGAN MASALAH KATARAK DAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORIK	95
7.1 Pendahuluan.....	95
7.2 Definisi Katarak	96
7.3 Etiologi Katarak	97
7.4 Klasifikasi Katarak.....	97
7.5 Patofisiologi Katarak pada Lansia	98
7.6 Manifestasi klinis	98
7.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	98
7.8 Penatalaksanaan Medis Pasien Katarak.....	99
7.9 Pengkajian Keperawatan	100

7.10 Diagnosa Keperawatan Pada Lansia dengan	
Katarak.....	101
7.11 Intervensi Keperawatan pada Lansia dengan	
Katarak.....	101
DAFTAR PUSTAKA.....	106
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Demografi Dalam Kajian Ilmu Sosial	52
Gambar 4.2. Hirarki Kebutuhan Maslow	54
Gambar 7.1. Mata Katarak dan Normal	97

BAB 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN GERONTIK

Oleh Epi Saptaningrum

1.1 Pendahuluan

Keperawatan gerontik merupakan bidang spesialisasi dalam perawatan kesehatan yang berfokus pada individu lanjut usia. Dengan populasi global yang menua, penting bagi sistem kesehatan untuk memahami dan merespons kebutuhan unik orang dewasa lanjut usia. Pendekatan ini tidak hanya memperhatikan aspek fisik, tetapi juga memperhitungkan aspek psikologis, sosial, dan spiritual, mengakui bahwa kesejahteraan holistik memainkan peran krusial dalam kualitas hidup mereka. Melalui pemahaman mendalam tentang proses penuaan dan tantangan yang terkait, perawat gerontik dapat memberikan perawatan yang berpusat pada individu, mempromosikan kemandirian, kualitas hidup, dan kepuasan dalam proses penuaan (Arabia, 2023).

Masalah kesehatan yang khas pada usia lanjut meliputi berbagai kondisi seperti osteoporosis, penyakit jantung, diabetes, gangguan kognitif seperti demensia, gangguan penglihatan dan pendengaran, serta masalah kesehatan mental seperti depresi dan kecemasan. Penanganannya melibatkan diagnosis dini, pengelolaan simptomatik, perawatan preventif, rehabilitasi, dan intervensi yang ditargetkan. Ini bisa mencakup penggunaan obat-obatan, terapi fisik, terapi wicara, konseling, dukungan psikososial, dan perubahan gaya hidup yang sehat. Penting juga untuk memantau kondisi kesehatan secara teratur dan berkomunikasi dengan tim perawatan kesehatan untuk memastikan perawatan yang tepat dan efektif (Alapján, 2016).

Konsep keperawatan gerontik adalah pendekatan dalam memberikan perawatan kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual orang dewasa lanjut

usia. Ini mencakup pengelolaan kondisi kronis, pencegahan penurunan fungsi, promosi kesehatan, dan perawatan paliatif (Kurniati *et al.*, 2015).

1.2 Konsep Keperawatan Gerontik

Konsep dasar keperawatan gerontik mencakup pemahaman tentang proses penuaan, perawatan kesehatan yang sesuai dengan kondisi lansia, penanganan masalah kesehatan yang khas pada usia lanjut, promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan dukungan psikososial (Kholidah, 2016).

Proses penuaan adalah serangkaian perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang terjadi pada seseorang seiring bertambahnya usia. Ini melibatkan berbagai faktor seperti penurunan fungsi organ tubuh, perubahan hormonal, kerusakan sel dan jaringan, serta interaksi dengan lingkungan. Proses penuaan dapat memengaruhi kesehatan fisik, kognitif, dan emosional seseorang. Perawatan gerontik berfokus pada memahami dan mengelola perubahan ini untuk memastikan kualitas hidup yang optimal bagi lansia (Asmadi, 2018).

Perawatan kesehatan yang sesuai dengan kondisi lansia melibatkan pendekatan yang holistik dan berkelanjutan. Ini mencakup pemantauan kesehatan secara teratur, penanganan penyakit kronis atau kondisi medis yang mungkin muncul dengan usia, promosi gaya hidup sehat termasuk pola makan yang seimbang dan olahraga yang sesuai, pengelolaan obat-obatan dengan tepat, pencegahan cedera dan jatuh, serta dukungan psikososial dan kesejahteraan emosional. Perawatan juga harus memperhitungkan kebutuhan dan preferensi individual serta memastikan kemandirian dan kualitas hidup yang optimal bagi lansia. ((Mauk, 2016).

1.2.1 Lingkup Bahasan Konsep Keperawatan Gerontik

Konsep Keperawatan Gerontik meliputi beberapa hal, antara lain :

1. Pendekatan Holistik: Perawatan gerontik menganut pendekatan holistik yang memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dari individu lanjut usia. Ini memungkinkan perawat untuk memahami dan merespons

- kebutuhan kompleks yang muncul seiring bertambahnya usia (Franjić, 2022)
2. Manajemen Kondisi Kronis: Kebanyakan orang dewasa lanjut usia memiliki satu atau lebih kondisi kronis. Konsep keperawatan gerontik melibatkan manajemen yang efektif terhadap kondisi-kondisi ini, termasuk penanganan nyeri, perawatan luka, dan pemantauan kondisi kesehatan secara keseluruhan (Arabia, 2023).
 3. Pencegahan Penurunan Fungsi: Perawat gerontik bekerja untuk mencegah atau mengurangi penurunan fungsi fisik dan kognitif yang sering terjadi pada orang lanjut usia. Ini melibatkan program-program latihan, stimulasi kognitif, dan strategi pencegahan jatuh (Sarida and Hamonangan, 2020).
 4. Promosi Kesehatan: Meskipun penuaan merupakan bagian alami dari siklus kehidupan, promosi kesehatan tetap penting. Perawat gerontik memberikan edukasi tentang gaya hidup sehat, diet yang seimbang, olahraga, dan kegiatan sosial yang dapat meningkatkan kualitas hidup orang dewasa lanjut usia (Hansbrough, 2010).
 5. Perawatan Paliatif: Bagi mereka yang mengalami penyakit yang tidak dapat disembuhkan, perawatan paliatif menjadi fokus penting. Konsep keperawatan gerontik mencakup perawatan yang memperhatikan kenyamanan, kualitas hidup, dan dukungan emosional bagi individu dan keluarga mereka (Reza Fahlevi, Ni Deak Made Santi Diwyarthi, Dito Anurogo, Muhammad Anwari, 2023).

Melalui pemahaman yang mendalam tentang konsep ini, perawat gerontik dapat memberikan perawatan yang terbaik dan penuh perhatian kepada populasi lanjut usia.

1.2.2 Pendekatan Holistik dalam Keperawatan Gerontik

Pendekatan holistik dalam konsep keperawatan gerontik mengakui bahwa kesehatan dan kesejahteraan orang dewasa lanjut usia dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Ini berarti perawat tidak hanya memperhatikan

kondisi medis atau fisik saja, tetapi juga memperhitungkan aspek-aspek lain dari kehidupan individu tersebut. Pendekatan ini memungkinkan perawat untuk merespons kebutuhan yang unik dan kompleks dari setiap orang lanjut usia, dengan tujuan mempromosikan kesehatan holistik dan meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan. Dengan memahami dan menghargai keberagaman pengalaman dan kebutuhan individu, perawat gerontik dapat memberikan perawatan yang berpusat pada individu dan bersifat empatik (Asmadi, 2018)

Perawatan holistik dalam konsep keperawatan gerontik mencakup pendekatan yang memperhatikan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dari individu lanjut usia. Beberapa aspek perawatan holistik dalam konteks keperawatan gerontik meliputi (Munawaroh, 2021):

1. Aspek Fisik: Perawat memperhatikan kondisi kesehatan fisik individu lanjut usia, termasuk pengelolaan kondisi kronis, perawatan luka, pengobatan yang tepat, nutrisi yang seimbang, dan aktivitas fisik yang sesuai.
2. Aspek Psikologis: Perawat membantu individu lanjut usia dalam mengatasi tantangan psikologis yang mungkin mereka hadapi, seperti depresi, kecemasan, isolasi sosial, atau kesulitan dalam penyesuaian dengan perubahan kehidupan. Ini melibatkan dukungan emosional, konseling, dan terapi yang sesuai.
3. Aspek Sosial: Perawat memperhatikan kebutuhan sosial individu lanjut usia, termasuk interaksi sosial, dukungan dari keluarga dan teman, keterlibatan dalam kegiatan sosial atau komunitas, dan pemeliharaan hubungan yang bermakna.
4. Aspek Spiritual: Perawat menghargai dimensi spiritual dalam kehidupan individu lanjut usia, mendukung praktik-praktik spiritual yang bermakna bagi mereka, dan membantu dalam menemukan arti dan tujuan hidup yang mendalam.
5. Perawatan Berpusat pada Individu: Perawat memahami bahwa setiap individu lanjut usia memiliki kebutuhan, preferensi, dan nilai-nilai yang unik. Dengan pendekatan

yang berpusat pada individu, perawat dapat merancang dan memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan mereka.

Melalui perawatan holistik yang menyeluruh, perawat gerontik dapat membantu individu lanjut usia untuk mencapai kesejahteraan secara keseluruhan, meningkatkan kualitas hidup, dan mempertahankan kemandirian sebanyak mungkin selama proses penuaan.

1.2.3 Manajemen Kondisi Kronis dalam Keperawatan Gerontik

Manajemen kondisi kronis dalam konsep keperawatan gerontik melibatkan pendekatan yang holistik dan terpadu untuk merawat individu lanjut usia yang menderita kondisi medis jangka panjang. Ini meliputi beberapa langkah (Kurniati *et al.*, 2015):

1. **Edukasi Pasien:** Perawat gerontik memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang kondisi kronis yang mereka hadapi, termasuk gejala, pengobatan, dan langkah-langkah pencegahan yang diperlukan.
2. **Pengelolaan Gejala:** Perawat membantu dalam pengelolaan gejala yang mungkin timbul akibat kondisi kronis, seperti nyeri, kelelahan, atau kesulitan bernapas. Ini dapat melibatkan penggunaan obat-obatan, teknik non-farmakologis, atau terapi rehabilitasi.
3. **Perawatan Komprehensif:** Perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya untuk menyediakan perawatan yang komprehensif bagi individu lanjut usia. Ini meliputi pemantauan kondisi kesehatan secara teratur, manajemen obat-obatan, dan koordinasi perawatan antara spesialis.
4. **Pemantauan Rutin:** Perawat melakukan pemantauan rutin terhadap kondisi kesehatan pasien, termasuk pengukuran tekanan darah, kadar gula darah, atau fungsi organ lainnya. Hal ini membantu dalam mendeteksi perubahan atau komplikasi yang mungkin terjadi.
5. **Pencegahan Komplikasi:** Perawat bekerja untuk mencegah terjadinya komplikasi yang mungkin timbul akibat kondisi kronis, seperti infeksi, ulkus, atau penurunan fungsi organ.

Ini melibatkan edukasi tentang gaya hidup sehat, pemantauan ketat terhadap tanda-tanda peringatan, dan intervensi tepat waktu.

Melalui manajemen yang holistik dan berkelanjutan terhadap kondisi kronis, perawat gerontik bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan kemandirian individu lanjut usia, serta mencegah atau mengurangi dampak negatif kondisi kronis terhadap kehidupan sehari-hari mereka.

1.2.4 Pencegahan Penurunan Fungsi dalam Keperawatan Gerontik

Pencegahan penurunan fungsi dalam konsep keperawatan gerontik merupakan salah satu aspek penting dalam memberikan perawatan holistik kepada orang dewasa lanjut usia. Beberapa strategi yang digunakan untuk pencegahan penurunan fungsi meliputi (Sarida and Hamonangan, 2020):

1. Program Latihan Fisik: Perawat gerontik membantu dalam merencanakan dan melaksanakan program latihan fisik yang sesuai dengan kemampuan individu lanjut usia. Latihan ini dapat membantu mempertahankan kekuatan otot, keseimbangan, dan fleksibilitas, serta mengurangi risiko jatuh.
2. Stimulasi Kognitif: Melalui kegiatan yang menantang secara kognitif, seperti teka-teki, permainan otak, atau pembelajaran baru, perawat dapat membantu memelihara fungsi kognitif individu lanjut usia dan mencegah penurunan kognitif yang lebih lanjut.
3. Pengelolaan Pola Makan dan Nutrisi: Perawat memberikan edukasi tentang pola makan yang seimbang dan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan individu lanjut usia. Nutrisi yang baik dapat mendukung kesehatan otak dan fisik, serta membantu dalam mencegah penurunan fungsi.
4. Pengawasan Terhadap Obat-obatan: Perawat membantu dalam mengelola penggunaan obat-obatan, termasuk memastikan bahwa pasien mengikuti rencana pengobatan

- dengan benar dan menghindari penggunaan obat-obatan yang dapat memengaruhi fungsi fisik atau kognitif.
5. **Pemantauan Kesehatan Rutin:** Melalui pemantauan kesehatan rutin dan pemeriksaan berkala, perawat dapat mendeteksi perubahan atau masalah kesehatan yang mungkin mempengaruhi fungsi fisik atau kognitif, sehingga intervensi dapat dilakukan dengan cepat.

Dengan pendekatan yang proaktif dan terpadu terhadap pencegahan penurunan fungsi, perawat gerontik dapat membantu individu lanjut usia untuk mempertahankan kemandirian, kualitas hidup yang tinggi, dan keberlangsungan fungsi fisik dan kognitif yang optimal.

1.2.5 Promosi Kesehatan dalam Keperawatan Gerontik

Promosi kesehatan dalam konsep keperawatan gerontik melibatkan berbagai strategi untuk meningkatkan kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan spiritual orang dewasa lanjut usia. Beberapa strategi promosi kesehatan yang umum dilakukan dalam konteks keperawatan gerontik meliputi (Mauk, 2016):

1. **Edukasi Kesehatan:** Perawat memberikan informasi dan edukasi kepada individu lanjut usia tentang pentingnya menjaga kesehatan, termasuk menjelaskan tentang risiko penyakit tertentu, tanda dan gejala yang perlu diperhatikan, serta langkah-langkah pencegahan yang dapat diambil.
2. **Pengelolaan Stres:** Perawat membantu individu lanjut usia dalam mengelola stres yang mungkin timbul akibat perubahan kehidupan, masalah kesehatan, atau kehilangan yang mereka alami. Ini dapat melibatkan teknik relaksasi, meditasi, atau konseling emosional.
3. **Pembinaan Gaya Hidup Sehat:** Perawat memberikan dukungan dalam mengadopsi dan mempertahankan gaya hidup sehat, termasuk mendorong pola makan seimbang, olahraga teratur, tidur yang cukup, dan menghindari kebiasaan merokok atau konsumsi alkohol berlebihan.
4. **Pembinaan Aktivitas Sosial:** Aktivitas sosial yang aktif dapat membantu meningkatkan kesejahteraan sosial dan mental

individu lanjut usia. Perawat dapat membantu dalam mengatur kegiatan sosial, seperti klub atau kelompok sosial, yang memungkinkan interaksi sosial yang positif.

5. **Pengelolaan Kesehatan Mental:** Perawat membantu individu lanjut usia dalam mengenali dan mengatasi masalah kesehatan mental, seperti depresi, kecemasan, atau isolasi sosial. Ini dapat melibatkan penyediaan dukungan emosional, pemberian sumber daya komunitas, atau arahan ke profesional kesehatan mental jika diperlukan.

Melalui promosi kesehatan yang holistik dan terpadu, perawat gerontik bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan orang dewasa lanjut usia, serta mencegah timbulnya masalah kesehatan yang dapat dihindari.

1.2.6 Perawatan Paliatif dalam Keperawatan Gerontik

Perawatan paliatif dalam konsep keperawatan gerontik merupakan pendekatan perawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup individu lanjut usia yang mengalami penyakit yang tidak dapat disembuhkan atau kondisi medis yang mengancam nyawa. Beberapa aspek perawatan paliatif dalam konteks keperawatan gerontik meliputi (Fajar Kurniawan *et al.*, 2023):

1. **Pengurangan Gejala:** Perawat bertujuan untuk mengurangi gejala yang mengganggu, seperti nyeri, sesak napas, mual, atau kelelahan, sehingga individu lanjut usia dapat merasa lebih nyaman dan terhindar dari penderitaan yang tidak perlu.
2. **Dukungan Emosional:** Perawat memberikan dukungan emosional kepada individu lanjut usia dan keluarganya dalam menghadapi kondisi medis yang serius atau akhir hidup. Ini meliputi pendengaran aktif, pemahaman, dan bantuan dalam mengelola perasaan seperti kecemasan, ketakutan, atau kesedihan.
3. **Perencanaan Perawatan:** Perawat membantu individu lanjut usia dan keluarganya dalam merencanakan perawatan yang sesuai dengan preferensi dan nilai-nilai mereka, termasuk

- keputusan terkait perawatan akhir hidup, perawatan paliatif, atau perawatan hospis jika diperlukan.
4. Perawatan Holistik: Perawat mengadopsi pendekatan holistik dalam memberikan perawatan paliatif, memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dari individu lanjut usia. Ini memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan yang berpusat pada individu dan memperhatikan kebutuhan unik mereka.
 5. Pemeliharaan Kehormatan dan Martabat: Perawat menghormati kehormatan dan martabat individu lanjut usia dalam memberikan perawatan paliatif, memastikan bahwa keputusan perawatan didasarkan pada keinginan dan preferensi mereka, serta memberikan dukungan yang tepat dalam menjalani tahap akhir kehidupan mereka.

Melalui perawatan paliatif yang holistik, empatik, dan berpusat pada individu, perawat gerontik dapat membantu individu lanjut usia dan keluarganya untuk menghadapi akhir kehidupan dengan martabat, kenyamanan, dan penghargaan atas nilai-nilai yang mereka pegang.

Kesimpulan dalam konsep keperawatan gerontik, beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain:

1. Pendekatan Holistik: Memperhatikan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual individu lanjut usia.
2. Pencegahan Penurunan Fungsi: Melalui program latihan, stimulasi kognitif, dan pengelolaan kesehatan yang komprehensif
3. Manajemen Kondisi Kronis: Memberikan perawatan yang tepat untuk mengelola kondisi medis jangka panjang
4. Promosi Kesehatan: Mendorong gaya hidup sehat, aktivitas fisik, diet seimbang, dan interaksi sosial yang positif
5. Perawatan Paliatif: Memberikan perawatan yang memperhatikan kenyamanan, kualitas hidup, dan dukungan emosional bagi individu lanjut usia dengan penyakit yang tidak dapat disembuhkan.

6. Kesadaran akan Perubahan Fisik dan Psikologis: Memahami perubahan yang terjadi dalam proses penuaan dan cara terbaik untuk mengatasinya.
7. Kesadaran akan Keterbatasan: Mengakui keterbatasan fisik dan kognitif individu lanjut usia dan memberikan dukungan yang sesuai.
8. Pendekatan Individualis: Memperlakukan setiap individu dengan memperhatikan preferensi, nilai-nilai, dan kebutuhan yang unik.

Dengan memperhatikan aspek-aspek ini, perawat gerontik dapat memberikan perawatan yang holistik, empatik, dan efektif kepada populasi lanjut usia.

DAFTAR PUSTAKA

- Alapján-, V. (2016) *Ilmu Dasar Keperawatan Gerontik*.
- Arabia, M. of H.S. (2023) 'Clinical Guideline for Gerontological Nursing Care'.
- Asmadi (2018) 'Konsep Dasar Keperawatan Gerontik', p. 175. Available at: http://books.google.co.id/books?id=O3y5bNnwND0C&pg=PA175&dq=tahap+III+perencanaan&hl=en&sa=X&ei=_p0eU7SV04TBrAeE_4CYCQ&redir_esc=y#v=onepage&q=tahap III perencanaan&f=false.
- Fajar Kurniawan, N. et al. (2023) *Palliative Care Penerbit Cv. Eureka Media Aksara*.
- Franjić, S. (2022) 'Gerontological Nursing is a Dynamic Procedure', *Journal of Nursing & Healthcare*, 7(3), pp. 1–5. Available at: <https://doi.org/10.33140/jnh.07.03.02>.
- Hansbrough, B. (2010) Ebersole And Hess' *Gerontological Nursing and Healthy Aging*, *AORN Journal*. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.07.003>.
- Kholidah, siti nur (2016) 'Keperawatan Gerontik', 2016, pp. 1–112.
- Kurniati, I.D. et al. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Paliatif*.
- Mansyur, A.R. (2020) 'Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia', *Education and Learning Journal*, Vol. 1, No, pp. 113–123.
- Mauk, K.L. (2016) *Gerontological Nursing COMP ETENCIES FOR CARE*.
- Munawaroh, I. (2021) 'Modul Bahan Ajar Gerontik', *Pedagogi*, 4(3), pp. 57–71. Available at: <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>.
- Reza Fahlevi, Ni Deak Made Santi Diwyarthi, Dito Anurogo, Muhammad Anwari, H.A.H. (2023) *Gerontologi, NBER Working Papers*. Available at: <http://www.nber.org/papers/w16019>.
- Sarida, M. and Hamonangan, D. (2020) *Buku Gerontik, Buku Ajar Keperawatan Gerontik*.

BAB 2

PROSES PENUAAN DAN KEADAAN POST POWER SYNDROME

Oleh Utami

2.1 Pendahuluan

Setiap manusia tanpa terkecuali akan mengalami proses penuaan seiring berjalannya waktu. Proses ini merupakan bagian alami dari siklus kehidupan yang tidak dapat dihindari. Namun, di balik kerumitan biologisnya, proses penuaan membawa tantangan yang mendalam, terutama dalam bidang psikologis dan sosial. Sementara itu, ada juga fenomena yang tidak selalu terjadi pada setiap orang, tetapi berdampak signifikan ketika terjadi. Keadaan *post power syndrome* (PPS). Kedua hal ini membentuk kerangka pemahaman yang penting dalam melihat kualitas hidup seseorang di tahap akhir kehidupannya.

Proses penuaan membawa berbagai perubahan, baik fisik, psikologis, maupun sosial. Dari perubahan fisik seperti penurunan daya tahan tubuh, kekakuan sendi, hingga penurunan fungsi organ vital, hingga perubahan psikologis seperti penurunan kecepatan pemikiran, gangguan memori, dan keterbatasan dalam mengelola emosi, proses ini membawa tantangan yang signifikan bagi individu yang mengalaminya. Tidak hanya itu, aspek sosial juga terpengaruh, dengan perubahan peran dalam keluarga, lingkungan sosial yang berubah, hingga terjadinya isolasi dan kesulitan mobilitas.

Di sisi lain, keadaan *Post Power Syndrome* (PPS) menjadi fenomena yang menarik untuk dipelajari. PPS terjadi ketika individu yang sebelumnya memiliki kekuasaan signifikan secara tiba-tiba kehilangan kekuasaannya, baik dalam konteks politik, profesional, maupun sosial. Dampak psikologis dari kehilangan kekuasaan ini bisa sangat mengganggu, menyebabkan perasaan

tidak berharga, kehilangan identitas, dan ketidakstabilan emosional yang dalam.

Dalam narasi ini, kami akan menjelajahi secara mendalam tantangan psikologis dan sosial yang terkait dengan proses penuaan dan keadaan *Post Power Syndrome* (PPS). Dengan pemahaman yang lebih baik tentang kedua fenomena ini, diharapkan kita dapat menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan mendukung bagi mereka yang mengalami perubahan dan tantangan ini.

2.2 Definisi Proses Penuaan dan Keadaan *Post Power Syndrome* (PPS)

Proses penuaan dan keadaan *Post Power Syndrome* (PPS) merupakan dua aspek yang kompleks namun krusial untuk dipahami dalam konteks kesejahteraan individu pada tahap akhir kehidupan mereka. (Garcia, A. et al., 2023).

Proses penuaan adalah perjalanan alami setiap manusia yang tidak dapat dihindari, menandai perubahan signifikan dalam berbagai aspek kehidupan. Ini meliputi perubahan fisik seperti penurunan kekuatan fisik, penurunan kesehatan kulit, dan penurunan fungsi organ vital, serta perubahan psikologis seperti penurunan kecepatan pemikiran, gangguan memori, dan peningkatan risiko gangguan mental. Tidak hanya itu, aspek sosial juga terpengaruh dengan perubahan peran dalam keluarga, lingkungan sosial yang berubah, dan mungkin terjadinya isolasi sosial.

Di sisi lain, PPS adalah fenomena yang terjadi ketika individu yang sebelumnya memiliki kekuasaan signifikan tiba-tiba kehilangan posisi atau pengaruh mereka. Ini bisa terjadi dalam konteks politik, profesional, atau sosial, dan sering kali menyebabkan dampak psikologis yang signifikan. Kehilangan kekuasaan ini dapat menyebabkan perasaan tidak berharga, kehilangan identitas, dan ketidakstabilan emosional yang mendalam.

Dalam konteks ini, pemahaman yang lebih dalam tentang proses penuaan dan PPS sangat penting. Ini membantu kita mengakui dan mengatasi tantangan psikologis dan sosial yang

dihadapi individu saat mereka menua, serta memberikan wawasan tentang bagaimana kita dapat memberikan dukungan yang lebih baik kepada mereka yang membutuhkannya.

2.3 Pentingnya Memahami Dampak Psikologis dan Sosialnya

Pemahaman tentang dampak sosial dari suatu fenomena juga krusial dalam membangun masyarakat yang inklusif dan berkelanjutan. Melalui pemahaman tersebut, kita dapat menanggapi perubahan sosial dengan lebih bijak dan empati. Sebagaimana disampaikan oleh Maya Angelou, seorang penulis dan aktivis, "Kita harus menghargai perbedaan, mengakui nilai-nilai umum kita, dan menciptakan pemahaman yang lebih dalam satu sama lain." Dengan memahami dampak sosial dari berbagai kejadian, kita dapat mengurangi ketegangan sosial dan mempromosikan kerjasama antarindividu (Maya Angelou, 2024). Memahami dampak psikologis dan sosial dari suatu fenomena juga membantu dalam pembentukan kebijakan publik yang lebih efektif dan berkelanjutan. Sebagai contoh, dalam merumuskan kebijakan kesehatan masyarakat, pemahaman tentang bagaimana pandemi COVID-19 memengaruhi kesejahteraan mental masyarakat menjadi krusial. Dengan memperhitungkan aspek psikologis dan sosial, kebijakan tersebut dapat dirancang dengan lebih holistik dan relevan dengan kebutuhan masyarakat yang beragam. Dengan demikian, memahami dampak psikologis dan sosial dari suatu fenomena bukan hanya menjadi tanggung jawab individu, tetapi juga menjadi fondasi bagi pembangunan masyarakat yang lebih berempati, inklusif, dan berkelanjutan. Seiring dengan itu, kolaborasi antara pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan sektor swasta sangat penting untuk menciptakan solusi yang menyeluruh dan berkelanjutan terhadap tantangan psikologis dan sosial yang dihadapi oleh masyarakat. Penelitian, pendidikan, dan advokasi juga diperlukan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman akan pentingnya aspek psikologis dan sosial dalam membentuk kehidupan yang lebih baik bagi semua individu dalam masyarakat.

2.4 Teori Proses Penuaan

Penuaan merupakan proses alami yang dialami oleh setiap individu seiring dengan bertambahnya usia. Dalam memahami fenomena kompleks ini, teori proses penuaan telah menjadi subjek kajian yang mendalam. Penuaan bukanlah suatu penyakit yang tak terhindarkan. Ini adalah proses biologis yang dapat kita pahami, dan mungkin kita ubah (Cynthia Kenyon, 2024).

Teori proses penuaan mencoba menjelaskan beragam faktor yang memengaruhi proses penuaan, baik secara fisik maupun psikologis. Salah satu teori yang terkenal adalah teori Hayflick, yang mengemukakan bahwa sel manusia memiliki batas replikasi yang terbatas, yang kemudian menyebabkan penuaan dan kematian sel. Sementara itu, teori radikal bebas menyatakan bahwa akumulasi kerusakan oleh radikal bebas dalam sel berperan dalam proses penuaan. Selain itu, terdapat juga pendekatan psikososial yang mempertimbangkan faktor-faktor psikologis, sosial, dan lingkungan dalam proses penuaan. Sebagai contoh, teori aktivitas menekankan pentingnya tetap aktif secara fisik dan mental untuk memperlambat proses penuaan. Sementara itu, teori disengagement menyatakan bahwa penarikan diri dari peran-peran sosial merupakan bagian alami dari proses penuaan. Tinjauan umum tentang teori proses penuaan memberikan pemahaman yang lebih dalam tentang kompleksitas fenomena ini, yang kemudian dapat menjadi dasar untuk pengembangan intervensi dan strategi pencegahan yang lebih efektif dalam mempromosikan kesehatan dan kualitas hidup pada usia lanjut. Menggabungkan berbagai aspek dari teori-proses penuaan, termasuk biologis, psikologis, dan sosial, dapat membantu kita dalam merencanakan intervensi yang lebih holistik dan komprehensif dalam menangani tantangan penuaan di masyarakat.

2.4.1 Konsep Biologis, Psikologis, dan Sosial dalam Proses Penuaan

Proses penuaan adalah fenomena yang kompleks dan melibatkan interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Tinjauan holistik tentang penuaan memerlukan pemahaman mendalam tentang konsep-konsep ini.

1. Konsep Biologis

Secara biologis, penuaan seringkali dianggap sebagai penurunan fungsi organ dan sistem tubuh seiring bertambahnya usia. Teori-teori seperti teori Hayflick yang menyatakan bahwa sel manusia memiliki batas replikasi yang terbatas, serta teori radikal bebas yang mengklaim bahwa kerusakan sel oleh radikal bebas berperan dalam penuaan, memberikan wawasan tentang proses biologis yang mendasari penuaan. Selain itu, penurunan produksi hormon tertentu seperti hormon pertumbuhan dan hormon seks juga dikaitkan dengan proses penuaan. Pada tingkat seluler, penelitian menunjukkan bahwa akumulasi kerusakan DNA, perubahan epigenetik, dan penurunan fungsi mitokondria merupakan faktor-faktor utama dalam proses penuaan. Penelitian tentang mekanisme biologis di balik penuaan terus berkembang, dan pemahaman yang lebih baik tentang proses-proses ini dapat membantu dalam pengembangan terapi anti-penuaan di masa depan.

2. Konsep Psikologis

Dari perspektif psikologis, penuaan juga melibatkan perubahan-perubahan dalam kognisi, emosi, dan perilaku. Proses kognitif seperti kemampuan memori, pemecahan masalah, dan pengambilan keputusan dapat mengalami penurunan seiring bertambahnya usia. Selain itu, aspek emosional seperti peningkatan risiko depresi, kecemasan, dan kesepian juga sering terkait dengan penuaan.

Teori-teori psikologis seperti teori aktivitas menekankan pentingnya tetap aktif secara fisik, mental, dan sosial untuk memperlambat proses penuaan. Di sisi lain, teori disengagement menyatakan bahwa penarikan diri dari peran-peran sosial merupakan bagian alami dari proses penuaan. Pemahaman tentang perubahan psikologis pada penuaan juga mencakup konsep adaptasi, di mana individu dapat mengembangkan strategi koping dan penyesuaian diri untuk mengatasi tantangan yang muncul seiring bertambahnya usia.

3. Konsep Sosial

Penuaan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor-faktor biologis dan psikologis, tetapi juga oleh konteks sosial individu tersebut. Aspek sosial seperti dukungan sosial, status sosial, dan keterlibatan sosial memainkan peran penting dalam menentukan kualitas hidup dan kesejahteraan pada usia lanjut. Penelitian menunjukkan bahwa orang yang memiliki hubungan sosial yang kuat dan terlibat dalam kegiatan sosial cenderung memiliki risiko penuaan yang lebih rendah. Teori-teori sosial tentang penuaan juga menyoroti pentingnya integrasi sosial dan peran-peran yang dimainkan oleh individu dalam masyarakat. Melalui pemahaman holistik tentang konsep-konsep biologis, psikologis, dan sosial dalam proses penuaan, kita dapat mengembangkan pendekatan yang lebih terintegrasi dan komprehensif dalam merancang intervensi dan strategi pencegahan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup individu pada usia lanjut.

2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Proses Penuaan

Proses penuaan dipengaruhi oleh sejumlah faktor kompleks yang meliputi faktor genetik, lingkungan, dan gaya hidup. Pemahaman yang mendalam tentang faktor-faktor ini sangat penting dalam merancang strategi untuk memperlambat atau mengatasi proses penuaan.

1. Faktor Genetik

Faktor genetik memainkan peran penting dalam menentukan bagaimana seseorang menua. Gen-gen tertentu telah terkait dengan umur panjang dan risiko penyakit terkait usia tertentu. Sebagai contoh, penelitian genomik telah mengidentifikasi sejumlah varian genetik yang terkait dengan umur panjang dan penuaan yang sehat. Misalnya, gen-gen yang terkait dengan mekanisme perbaikan DNA, sistem kekebalan tubuh, dan metabolisme telah diidentifikasi sebagai faktor-faktor genetik yang memengaruhi proses penuaan.

Namun, penting untuk diingat bahwa gen hanya salah satu faktor yang memengaruhi penuaan, dan interaksi antara gen

dan lingkungan juga berperan penting. Sebagai contoh, seseorang dengan predisposisi genetik untuk penyakit tertentu mungkin dapat mengurangi risiko tersebut melalui gaya hidup yang sehat dan lingkungan yang mendukung.

2. Faktor Lingkungan

Lingkungan tempat seseorang tinggal dan faktor-faktor lingkungan lainnya juga memiliki dampak yang signifikan pada proses penuaan. Paparan terhadap polusi udara, radiasi sinar matahari, dan zat-zat kimia berbahaya dapat mempercepat proses penuaan dengan merusak DNA, menghasilkan radikal bebas, dan memicu stres oksidatif. Di sisi lain, lingkungan yang sehat, termasuk udara bersih, air bersih, dan akses terhadap sumber makanan bergizi, dapat membantu dalam memperlambat proses penuaan.

Selain itu, faktor lingkungan seperti akses terhadap layanan kesehatan yang baik, keamanan pangan, dan pendidikan kesehatan juga dapat mempengaruhi kualitas hidup dan proses penuaan seseorang. Faktor-faktor sosial seperti status sosial, dukungan sosial, dan akses terhadap layanan kesehatan juga memainkan peran dalam memengaruhi penuaan.

3. Gaya Hidup

Gaya hidup berperan besar dalam menentukan bagaimana seseorang menua. Kebiasaan makan, tingkat aktivitas fisik, konsumsi alkohol, merokok, dan tingkat stres dapat memengaruhi proses penuaan. Diet sehat yang kaya akan antioksidan, serat, dan nutrisi penting dapat membantu melindungi tubuh dari kerusakan oksidatif, mengurangi peradangan, dan merangsang kesehatan sel.

Aktivitas fisik teratur juga telah terbukti dapat meningkatkan kesehatan jantung, kekuatan otot, dan keseimbangan hormonal. Seiring dengan itu, menghindari kebiasaan merokok dan mengurangi konsumsi alkohol dapat membantu mengurangi risiko penyakit terkait usia.

2.4.3 Manifestasi Proses Penuaan dalam Keseharian

Proses penuaan adalah fenomena alami yang terjadi pada tubuh manusia seiring bertambahnya usia. Manifestasi dari proses penuaan dapat ditemukan dalam berbagai aspek kehidupan sehari-hari, termasuk kesehatan fisik, kognitif, dan psikologis. Berikut ini adalah uraian yang lebih lengkap mengenai manifestasi proses penuaan dalam keseharian

1. Penurunan Daya Ingat dan Kognitif

Salah satu manifestasi penuaan yang paling mencolok adalah penurunan daya ingat dan kognitif. Hal ini termasuk kesulitan dalam mengingat informasi baru, penurunan kecepatan pemrosesan informasi, serta kesulitan dalam menyelesaikan tugas-tugas kompleks. Proses penuaan dapat menyebabkan perubahan struktural dan fungsional pada otak yang berdampak pada penurunan fungsi kognitif (Albert et al, 2002).

2. Penurunan Kecepatan Motorik

Proses penuaan juga dapat memengaruhi kecepatan motorik seseorang. Ini tercermin dalam kesulitan melakukan gerakan cepat atau koordinasi yang presisi. Penurunan kecepatan motorik ini dapat menjadi faktor risiko untuk terjadinya kecelakaan, terutama pada orang yang lanjut usia. Penurunan kecepatan motorik merupakan indikator penting dari proses penuaan (Smith dan Brewer (1995).

3. Kehilangan Kekuatan dan Kekuatan Otot

Penuaan sering kali disertai dengan kehilangan kekuatan otot dan massa otot. Hal ini membuat seseorang menjadi lebih rentan terhadap cedera, kesulitan dalam melakukan aktivitas fisik, dan penurunan fungsi tubuh secara keseluruhan. Penurunan kekuatan otot merupakan salah satu aspek utama dari proses penuaan yang dapat berdampak negatif pada kesehatan dan kualitas hidup seseorang (Janssen et al, 2000).

4. Penurunan Sensitivitas Sensoris

Proses penuaan juga dapat menyebabkan penurunan sensitivitas sensoris, seperti penglihatan, pendengaran, dan

- perasaan. Hal ini dapat mengakibatkan kesulitan dalam menanggapi rangsangan lingkungan dengan cepat atau efisien, serta meningkatkan risiko isolasi sosial dan depresi. Penurunan sensitivitas sensoris merupakan bagian dari proses penuaan yang secara signifikan memengaruhi fungsi sehari-hari seseorang (Lindenberger & Baltes, 1994).
5. Perubahan pada Kulit dan Penampilan Fisik. Proses penuaan juga tercermin dalam perubahan pada kulit dan penampilan fisik secara umum. Kulit menjadi lebih kering, kusam, dan mulai muncul kerutan serta bintik-bintik usia. Ini disebabkan oleh berkurangnya produksi kolagen dan elastin dalam kulit seiring bertambahnya usia. Perubahan pada kulit merupakan salah satu manifestasi visual yang paling jelas dari proses penuaan (Farage et al, 2008).
 6. Penurunan Kapasitas Respirasi dan Kardiovaskular: Proses penuaan juga berdampak pada sistem respirasi dan kardiovaskular, yang mengalami penurunan kapasitas dan efisiensi. Ini menyebabkan penurunan daya tahan fisik, peningkatan kelelahan, dan peningkatan risiko penyakit jantung dan paru-paru pada orang lanjut usia. Perubahan fisiologis pada sistem respirasi dan kardiovaskular terkait dengan proses penuaan dapat berkontribusi pada penurunan kualitas hidup (Farage et al, 2008).
 7. Penurunan Kemampuan Penyesuaian Terhadap Stres: Proses penuaan juga mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri terhadap stres dan tantangan hidup. Ini dapat tercermin dalam peningkatan tingkat kecemasan, kesulitan dalam mengatasi perubahan lingkungan, dan penurunan fleksibilitas mental. Penurunan kemampuan penyesuaian terhadap stres merupakan bagian dari proses penuaan yang dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang.
 8. Perubahan Pola Tidur: Penuaan juga seringkali mempengaruhi pola tidur seseorang. Orang tua cenderung mengalami perubahan pada pola tidur mereka, termasuk kesulitan untuk tidur pulas, bangun di tengah malam, atau tidur lebih cepat di sore hari. Hal ini bisa disebabkan oleh

berbagai faktor, termasuk perubahan hormonal, kondisi kesehatan, atau faktor psikososial. Menurut National Sleep Foundation, perubahan pada pola tidur dapat menjadi bagian dari proses penuaan yang normal, namun, gangguan tidur yang serius pada orang tua juga dapat mengindikasikan masalah kesehatan yang mendasarinya.

2.5 Perubahan Fisik

Proses penuaan adalah tahap alami dalam siklus kehidupan manusia yang sering kali disertai dengan perubahan fisik yang signifikan. Tiga aspek utama yang terpengaruh adalah penurunan daya tahan tubuh, kesehatan kulit yang menurun, dan penurunan fungsi otak. Berikut ini adalah uraian yang lebih lengkap tentang perubahan-perubahan tersebut

1. Penurunan Daya Tahan Tubuh

Proses penuaan seringkali menyebabkan penurunan daya tahan tubuh, yang dapat mencakup berbagai aspek kesehatan fisik. Ini termasuk penurunan kekuatan otot, penurunan kapasitas paru-paru, serta penurunan sistem kekebalan tubuh. Penurunan kekuatan otot dan kepadatan tulang dapat meningkatkan risiko terjadinya osteoporosis dan cedera. Selain itu, sistem kekebalan tubuh yang melemah dapat membuat individu lebih rentan terhadap infeksi dan penyakit serius. Penurunan daya tahan tubuh adalah ciri khas dari proses penuaan yang memengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan (Johnson et al. (2015)

2. Kesehatan Kulit yang Menurun

Kulit adalah organ yang mengalami perubahan signifikan seiring bertambahnya usia. Proses penuaan menyebabkan penurunan produksi kolagen dan elastin dalam kulit, yang dapat mengakibatkan kulit menjadi kering, kusam, dan rentan terhadap keriput serta bintik-bintik usia. Selain itu, kulit juga menjadi lebih tipis dan kehilangan elastisitasnya, meningkatkan risiko terhadap luka dan infeksi. Faktor lingkungan seperti paparan sinar UV juga dapat mempercepat proses penuaan kulit. Perubahan kulit yang terjadi selama penuaan adalah hasil dari faktor internal dan

- eksternal, dan dapat mempengaruhi kesehatan dan penampilan seseorang (Farage et al. (2008).
3. Penurunan Fungsi Otak
Proses penuaan juga seringkali disertai dengan penurunan fungsi otak, yang dapat mempengaruhi kognisi dan proses berpikir. Ini bisa mencakup penurunan daya ingat, penurunan kemampuan untuk fokus, serta kesulitan dalam menyelesaikan tugas-tugas kognitif. Meskipun proses ini bisa beragam dari satu individu ke individu lainnya, penurunan fungsi otak seringkali merupakan bagian alami dari penuaan. Penelitian menunjukkan bahwa perubahan struktural dan fungsional dalam otak, termasuk penurunan volume otak dan gangguan dalam neurotransmitter, dapat berkontribusi pada penurunan kognisi pada orang tua. Penurunan fungsi otak dapat memengaruhi berbagai aspek kehidupan sehari-hari, termasuk kemandirian dan kualitas hidup.
 4. Perubahan pada Sistem Kardiovaskular
Penuaan juga memengaruhi sistem kardiovaskular, yang dapat menyebabkan penurunan elastisitas pembuluh darah, peningkatan tekanan darah, dan penurunan fungsi jantung. Penurunan elastisitas pembuluh darah dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit kardiovaskular seperti aterosklerosis, penyakit jantung koroner, dan stroke. Pemahaman tentang perubahan yang terjadi pada sistem kardiovaskular selama proses penuaan penting untuk pengembangan strategi pencegahan dan intervensi untuk mengurangi risiko penyakit kardiovaskular pada orang lanjut usia (Plassman et al, 2010)
 5. Perubahan pada Sistem Hormonal
Penuaan juga menyebabkan perubahan pada sistem hormonal, termasuk penurunan produksi hormon seks seperti estrogen dan testosteron. Ini dapat mengakibatkan berbagai gejala seperti penurunan libido, gangguan tidur, peningkatan risiko osteoporosis, dan perubahan mood. Perubahan hormonal yang terjadi selama proses penuaan dapat memengaruhi kesehatan fisik dan kesejahteraan

emosional seseorang, dan terapi hormon tertentu mungkin diperlukan untuk mengatasi gejala yang terkait (Harman et al, 2001).

6. Perubahan pada Sistem Muskuloskeletal

Proses penuaan juga memengaruhi sistem muskuloskeletal, yang mencakup tulang, otot, dan sendi. Tulang cenderung kehilangan massa dan kepadatan seiring bertambahnya usia, meningkatkan risiko patah tulang dan osteoporosis. Selain itu, otot juga mengalami penurunan massa dan kekuatan, yang dapat menyebabkan penurunan fleksibilitas dan mobilitas, serta meningkatkan risiko terjadinya jatuh dan cedera. Perubahan pada sendi seperti osteoarthritis juga lebih umum terjadi pada orang lanjut usia. Perawatan yang tepat, termasuk latihan fisik teratur dan penggunaan suplemen kalsium dan vitamin D, dapat membantu meminimalkan dampak negatif dari perubahan muskuloskeletal yang terkait dengan penuaan (Harman et al, 2001),

7. Perubahan pada Sistem Gastrointestinal

Penuaan juga dapat memengaruhi sistem gastrointestinal, yang mencakup mulut, lambung, usus, dan hati. Penurunan jumlah saliva dan penurunan elastisitas jaringan gusi dapat meningkatkan risiko terjadinya masalah kesehatan mulut seperti gigi berlubang dan penyakit gusi. Selain itu, lambung dan usus juga mengalami perubahan, termasuk penurunan produksi asam lambung dan penurunan motilitas usus, yang dapat menyebabkan masalah pencernaan seperti sembelit dan intoleransi makanan. Pemahaman yang lebih baik tentang perubahan pada sistem gastrointestinal selama penuaan dapat membantu dalam pengembangan strategi pencegahan dan pengelolaan untuk meningkatkan kesehatan pencernaan pada orang tua (Niccoli & Partridge , 2012).

2.6 Perubahan Psikologis

Proses penuaan tidak hanya memengaruhi tubuh secara fisik, tetapi juga dapat memiliki dampak yang signifikan pada kesejahteraan psikologis seseorang. Dua aspek utama dari perubahan psikologis yang sering terjadi selama proses penuaan adalah penurunan kecerdasan dan ketidakstabilan emosional. Berikut adalah uraian tentang perubahan-perubahan tersebut:

1. Penurunan Kecerdasan

Salah satu perubahan psikologis yang sering terjadi selama proses penuaan adalah penurunan kecerdasan, terutama dalam hal fungsi kognitif dan daya ingat. Proses ini bisa mencakup penurunan kemampuan pemecahan masalah, kesulitan dalam mempelajari hal-hal baru, serta penurunan kecepatan pemrosesan informasi. Penurunan kecerdasan selama penuaan adalah hasil dari kombinasi faktor-faktor biologis dan lingkungan, dan dapat bervariasi dari satu individu ke individu lainnya (Baltes & Lindenberger, 1997)

2. Ketidakstabilan Emosional

Proses penuaan juga dapat menyebabkan ketidakstabilan emosional, termasuk perubahan mood yang lebih sering, peningkatan tingkat kecemasan, dan depresi. Faktor-faktor seperti penurunan kesehatan fisik, kehilangan teman atau anggota keluarga, serta perasaan kurang berguna atau terisolasi, dapat menyebabkan ketidakstabilan emosional pada orang tua. Ketidakstabilan emosional selama penuaan dapat memengaruhi kualitas hidup seseorang dan meningkatkan risiko terjadinya masalah kesehatan mental (Charles & Carstensen, 2010)

3. Penurunan Kecerdasan Emosional

Selain penurunan kecerdasan kognitif, proses penuaan juga dapat mempengaruhi kecerdasan emosional seseorang. Kecerdasan emosional mencakup kemampuan untuk mengenali, memahami, mengelola, dan mengekspresikan emosi dengan tepat. Namun, seiring bertambahnya usia, beberapa individu mungkin mengalami penurunan kemampuan ini. Hal ini dapat tercermin dalam kesulitan dalam mengatur emosi, mengenali ekspresi emosional

orang lain, atau menangani konflik interpersonal. Penurunan kecerdasan emosional selama penuaan dapat memengaruhi hubungan sosial dan kualitas hidup seseorang (Gross et al, 1997)

4. Penerimaan terhadap Perubahan

Salah satu aspek penting dari perubahan psikologis selama penuaan adalah penerimaan terhadap perubahan. Proses penuaan seringkali disertai dengan perubahan signifikan dalam kehidupan seseorang, seperti kehilangan teman atau pasangan hidup, pensiun, atau masalah kesehatan. Individu yang mampu menerima dan menyesuaikan diri terhadap perubahan ini cenderung memiliki kesejahteraan psikologis yang lebih baik daripada mereka yang mengalami kesulitan dalam menerima perubahan tersebut. Penerimaan terhadap perubahan adalah kunci untuk mengurangi stres dan meningkatkan kualitas hidup selama proses penuaan (Carstensen et al, 2003).

5. Peningkatan Resiliensi

Proses penuaan dapat membawa perubahan dan tantangan, banyak individu menunjukkan peningkatan resiliensi seiring bertambahnya usia. Resiliensi mengacu pada kemampuan seseorang untuk pulih dari kesulitan, menjaga keseimbangan emosional, dan menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan. Penelitian menunjukkan bahwa beberapa orang dewasa lebih mampu menghadapi stres dan kesulitan seiring bertambahnya usia, mengembangkan strategi koping yang lebih efektif dan menemukan makna baru dalam kehidupan mereka. Resiliensi adalah kualitas yang dapat dikembangkan dan ditingkatkan melalui pengalaman hidup dan interaksi sosial, dan dapat menjadi sumber kekuatan yang penting selama proses penuaan (Masten, 2011).

6. Perubahan dalam Prioritas dan Tujuan Hidup: Selama proses penuaan, individu seringkali mengalami perubahan dalam prioritas dan tujuan hidup mereka. Prioritas yang mungkin ditekankan pada karier atau pencapaian pada usia

muda, mungkin berubah menjadi fokus pada hubungan interpersonal, kesehatan, dan kedamaian batin pada usia lanjut. Penerimaan terhadap perubahan ini dan pengembangan tujuan hidup yang sesuai dengan tahap kehidupan yang baru dapat membantu individu menemukan makna dan kepuasan yang lebih besar dalam kehidupan mereka saat menua. Perubahan prioritas dan tujuan hidup selama penuaan adalah bagian alami dari proses adaptasi dan pengembangan diri yang terus berlanjut (Lang & Carstensen, 2002).

2.7 Perubahan Sosial

1. Isolasi Sosial

Proses penuaan sering kali memunculkan risiko isolasi sosial, di mana individu merasa terputus dari jaringan sosial dan kurangnya dukungan interpersonal. Faktor-faktor seperti pensiun, kematian pasangan hidup, atau berkurangnya aktivitas sosial karena keterbatasan fisik dapat menyebabkan isolasi sosial pada orang tua. Isolasi sosial dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi, kecemasan, dan masalah kesehatan lainnya. Isolasi sosial pada orang tua dapat berdampak negatif pada kualitas hidup dan meningkatkan risiko penyakit kronis (Cornwell & Waite, 2009).

2. Keterbatasan Mobilitas

Penuaan seringkali disertai dengan keterbatasan mobilitas, yang dapat menghambat kemampuan individu untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan interaksi dengan lingkungan mereka. Keterbatasan mobilitas dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk penurunan kekuatan otot, gangguan keseimbangan, atau masalah kesehatan kronis seperti arthritis. Keterbatasan ini tidak hanya membatasi aktivitas fisik, tetapi juga dapat membatasi akses ke layanan dan dukungan sosial yang diperlukan untuk menjaga kesejahteraan psikologis dan fisik. Keterbatasan mobilitas sebagai faktor risiko utama

untuk isolasi sosial pada orang lanjut usia, (Freedman & Nicolle, 2008).

3. Perubahan dalam Jaringan Sosial

Selama proses penuaan, individu seringkali mengalami perubahan dalam jaringan sosial mereka. Teman atau anggota keluarga mungkin pindah atau meninggal dunia, meninggalkan individu dengan lebih sedikit sumber dukungan sosial. Selain itu, penurunan mobilitas atau penurunan kesehatan fisik juga dapat membatasi kemampuan seseorang untuk menjaga hubungan sosial. Hal ini dapat meningkatkan risiko isolasi sosial dan menurunkan kualitas hidup. Perubahan dalam jaringan sosial selama penuaan dapat berdampak signifikan pada kesejahteraan psikologis dan emosional seseorang (Litwin, 2001).

2.8 Dampak *Post Power Syndrome* (PPS)

Post Power Syndrome (PPS) adalah kondisi psikologis yang terjadi setelah seseorang kehilangan posisi kekuasaan atau pengaruh yang dimilikinya. Fenomena ini dapat memiliki dampak yang signifikan pada kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial individu yang mengalaminya. Berikut adalah uraian lebih lengkap mengenai dampak PPS adalah :

1. Penurunan Kesejahteraan Emosional

Kehilangan posisi kekuasaan sering kali menyebabkan perasaan kehilangan, frustrasi, dan rendah diri. Individu yang mengalami PPS mungkin merasa tidak berdaya atau tidak berguna setelah kehilangan sumber kekuasaan mereka. Hal ini dapat berdampak pada kesejahteraan emosional mereka, menyebabkan depresi, kecemasan, atau perasaan isolasi. Kehilangan kekuasaan dapat menghasilkan emosi negatif yang mendalam dan mempengaruhi kesejahteraan emosional individu (Keltner et al, 2003).

2. Penurunan Kesejahteraan Psikologis

PPS juga dapat mengganggu kesejahteraan psikologis seseorang secara keseluruhan. Individu yang mengalami PPS mungkin mengalami perubahan dalam identitas dan

pandangan tentang diri mereka sendiri. Mereka mungkin merasa kehilangan arah hidup atau tujuan yang jelas, mengalami perasaan kekosongan atau kebingungan tentang masa depan. PPS dapat memicu krisis identitas yang berdampak pada kesejahteraan psikologis individu (Sutherland & Davidson, 2014).

3. Peningkatan Risiko Masalah Kesehatan Mental

Kondisi PPS dapat meningkatkan risiko individu untuk mengalami masalah kesehatan mental. Perasaan kehilangan, frustrasi, atau kebingungan yang terkait dengan kehilangan kekuasaan dapat menyebabkan stres yang berkelanjutan dan menurunkan kesejahteraan mental. Beberapa individu dapat mengalami depresi, kecemasan, atau bahkan mengembangkan gangguan kesehatan mental yang lebih serius. Perubahan status sosial dapat memicu konflik kognitif dan emosional yang berkontribusi pada risiko masalah kesehatan mental (Jost et al., 2003).

4. Pengaruh pada Hubungan Sosial

PPS juga dapat mempengaruhi hubungan sosial individu. Kehilangan posisi kekuasaan sering kali berdampak pada interaksi dengan orang lain, baik secara profesional maupun pribadi. Individu yang mengalami PPS mungkin mengalami perubahan dalam dinamika hubungan mereka, termasuk perasaan terisolasi atau kurangnya dukungan dari orang lain. Hal ini dapat memperburuk dampak psikologis dan emosional dari PPS itu sendiri.

2.9 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya PPS

Post Power Syndrome (PPS) adalah kondisi psikologis yang terjadi setelah seseorang kehilangan posisi kekuasaan atau pengaruh yang dimilikinya. Terdapat sejumlah faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya PPS, baik secara internal maupun eksternal. Berikut adalah uraian mengenai faktor-faktor tersebut:

1. Perubahan Identitas

Salah satu faktor utama yang mempengaruhi terjadinya PPS adalah perubahan identitas individu setelah kehilangan

posisi kekuasaan. Identitas seseorang sering kali terkait erat dengan peran dan posisi mereka dalam hierarki sosial atau organisasi. Kehilangan posisi kekuasaan dapat menyebabkan konflik identitas, di mana individu merasa kehilangan bagian penting dari diri mereka dan mengalami perasaan tidak lengkap atau tidak berarti. Konflik identitas seringkali merupakan pemicu utama dari PPS, (Kets de Vries, 2004)

2. Kehilangan Privilese dan Status

Kehilangan posisi kekuasaan juga berarti kehilangan akses terhadap privileges dan status sosial yang sebelumnya dimiliki. Faktor ini dapat menjadi sumber ketidaknyamanan dan frustrasi bagi individu yang telah terbiasa dengan keistimewaan dan keuntungan yang terkait dengan posisi kekuasaan mereka. Perasaan kehilangan status sosial dan privileges dapat memperburuk dampak psikologis dari PPS, (Keltner et al, 2003)

3. Kehilangan Dukungan dan Jaringan Sosial

Kekuasaan seringkali menyertai jaringan sosial yang kuat dan dukungan dari orang lain. Kehilangan posisi kekuasaan juga berarti kehilangan dukungan sosial yang mungkin telah memberikan dukungan emosional, informasi, atau bantuan kepada individu tersebut. Kehilangan jaringan sosial dapat meningkatkan risiko isolasi sosial dan kesepian, yang dapat memperburuk dampak psikologis dari PPS. Keltner et al, (2003) menunjukkan bahwa dukungan sosial dapat memoderasi efek negatif dari kehilangan kekuasaan (Keltner et al, 2003).

4. Tingkat Kontrol yang Dikehendaki

Individu yang memiliki tingkat kontrol yang tinggi dalam posisi kekuasaan mungkin mengalami dampak yang lebih parah setelah kehilangan posisi tersebut. Kehilangan kontrol atas situasi atau lingkungan mereka dapat menyebabkan perasaan tidak berdaya dan kecemasan. Tingkat kontrol yang dikehendaki dapat mempengaruhi seberapa parah individu mengalami PPS (Sutherland & Davidson, 2014).

5. Karakteristik Lingkungan Organisasi

Lingkungan organisasi juga dapat mempengaruhi terjadinya PPS. Lingkungan yang sangat kompetitif atau otoriter, di mana kekuasaan sangat dihargai dan identitas terkait erat dengan status sosial, dapat membuat individu lebih rentan terhadap PPS ketika mereka kehilangan posisi kekuasaan. Di sisi lain, lingkungan yang lebih kolaboratif dan inklusif mungkin dapat memberikan lebih banyak dukungan dan sumber daya bagi individu yang mengalami perubahan dalam kekuasaan, karakteristik lingkungan organisasi dapat memoderasi dampak PPS pada karyawan (Haney et al, 2018).

6. Tingkat Kemandirian dan Penyesuaian

Tingkat kemandirian dan kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan merupakan faktor-faktor penting yang mempengaruhi seberapa baik individu dapat mengatasi PPS. Individu yang memiliki kemandirian yang tinggi dan kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan perubahan cenderung lebih mampu mengatasi dampak dari kehilangan posisi kekuasaan. Sebaliknya, individu yang cenderung bergantung pada status atau kekuasaan mereka untuk mendefinisikan diri mereka sendiri mungkin mengalami dampak yang lebih parah dari PPS. Tingkat kemandirian dan penyesuaian dapat memengaruhi proses pemulihan dari PPS (Kets de Vries, 2004).

7. Karakteristik Individu

Faktor-faktor psikologis dan kepribadian individu juga memainkan peran penting dalam terjadinya PPS. Individu yang memiliki tingkat kepercayaan diri yang rendah atau cenderung mengidentifikasi diri mereka sepenuhnya dengan posisi atau kekuasaan mereka mungkin lebih rentan terhadap dampak PPS. Selain itu, tingkat kecenderungan untuk mengalami emosi negatif seperti kecemasan atau depresi juga dapat memperburuk dampak dari kehilangan kekuasaan. Karakteristik individu seperti tingkat neurotisisme atau kecenderungan untuk merasa terancam

dapat mempengaruhi seberapa parah dampak PPS pada seseorang (Haney et al, 2018).

8. Proses Penyesuaian

Proses penyesuaian individu terhadap perubahan dalam kekuasaan juga dapat memengaruhi terjadinya PPS. Individu yang mampu mengidentifikasi dan menerima perubahan dengan cepat, serta mengembangkan strategi untuk mengatasi perubahan tersebut, cenderung lebih mampu mengurangi dampak PPS. Di sisi lain, individu yang mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan perubahan atau merasa sulit untuk menemukan makna baru dalam kehidupan mereka setelah kehilangan kekuasaan mungkin lebih rentan terhadap PPS. Proses penyesuaian individu terhadap perubahan adalah faktor penting yang memengaruhi dampak PPS (Kets de Vries, 2004).

2.10 Strategi Penanganan dan Pencegahan

Post Power Syndrome (PPS) merupakan kondisi psikologis yang mempengaruhi individu setelah kehilangan posisi kekuasaan atau pengaruh yang dimilikinya. Untuk mengatasi dan mencegah dampak PPS, serta memberikan dukungan sosial dan psikologis yang dibutuhkan, berbagai strategi dapat diterapkan. Berikut adalah uraian tentang strategi penanganan dan pencegahan, serta dukungan sosial dan psikologis terhadap PPS

1. Terapi Psikologis

Terapi psikologis seperti konseling atau terapi kognitif perilaku dapat membantu individu mengatasi dampak psikologis dari PPS. Melalui terapi ini, individu dapat memahami dan mengelola emosi mereka, mengidentifikasi pola pikir negatif, dan mengembangkan strategi koping yang efektif untuk mengatasi perasaan kehilangan dan kecemasan. Terapi psikologis juga dapat membantu individu dalam menemukan makna baru dalam hidup mereka setelah kehilangan kekuasaan. Terapi psikologis adalah komponen penting dalam penanganan PPS (Sutherland & Davidson, 2014).

2. Dukungan Sosial

Dukungan sosial dari keluarga, teman, atau rekan kerja dapat memberikan dukungan emosional dan praktis kepada individu yang mengalami PPS. Mendengarkan, memberikan semangat, dan menawarkan bantuan praktis seperti membantu dalam mencari pekerjaan baru atau menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan dapat membantu mengurangi dampak negatif dari PPS. Dukungan sosial dapat memoderasi efek negatif dari kehilangan kekuasaan (Keltner et al, 2003).

3. Penguatan Identitas dan Kemandirian

Melalui pendekatan yang memfokuskan pada penguatan identitas dan kemandirian, individu dapat membangun kembali rasa harga diri dan kepercayaan diri setelah mengalami PPS. Ini dapat dilakukan melalui pengembangan keterampilan baru, menemukan makna baru dalam hidup, atau menetapkan tujuan baru yang memberikan arah dan tujuan. Memperkuat identitas dan kemandirian adalah langkah penting dalam mengatasi PPS (Kets de Vries, 2004).

4. Pencegahan Melalui Pembinaan Kemandirian

Sebagai langkah pencegahan, pembinaan kemandirian dan adaptabilitas dapat membantu individu untuk lebih siap menghadapi perubahan dalam kekuasaan dan mengurangi risiko terjadinya PPS di masa depan. Ini melibatkan pengembangan keterampilan koping yang adaptif, kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan perubahan, dan membangun sumber daya psikologis yang kuat. Pembinaan kemandirian dapat menjadi strategi efektif dalam mencegah PPS (Haney et al, 2018)

5. Pendekatan Holistik dan Integratif

Pendekatan yang holistik dan integratif dalam penanganan PPS melibatkan kombinasi berbagai strategi yang mencakup aspek fisik, emosional, sosial, dan psikologis. Ini termasuk menggabungkan terapi psikologis dengan dukungan sosial yang kuat, program pembinaan kemandirian, dan penguatan identitas melalui pengembangan keterampilan dan tujuan hidup yang baru. Dengan pendekatan ini, individu dapat

mendapatkan dukungan yang menyeluruh untuk mengatasi PPS dan memulihkan kesejahteraan mereka secara menyeluruh.

6. Pendidikan dan Pelatihan Organisasi

Organisasi dapat berperan dalam mencegah terjadinya PPS dengan memberikan pendidikan dan pelatihan kepada karyawan tentang bagaimana mengelola perubahan dalam kekuasaan dan menyesuaikan diri dengan lingkungan kerja yang berubah. Ini dapat mencakup pelatihan dalam pengembangan keterampilan adaptabilitas, manajemen stres, dan dukungan psikologis. Pendidikan dan pelatihan semacam itu dapat membantu karyawan untuk lebih siap menghadapi perubahan dalam kekuasaan (Haney et al, 2018).

7. Pengembangan Kebijakan Organisasi yang Inklusif

Organisasi juga dapat membantu mencegah terjadinya PPS dengan mengembangkan kebijakan yang inklusif dan mendukung keberagaman, di mana kekuasaan didistribusikan secara lebih merata dan individu merasa didengar dan dihargai. Dengan menciptakan lingkungan kerja yang menghargai kontribusi dari berbagai tingkatan dan latar belakang, organisasi dapat mengurangi risiko terjadinya PPS dan menciptakan budaya kerja yang lebih sehat dan inklusif.

8. Promosi Kesehatan Mental

Organisasi dan komunitas dapat mempromosikan kesehatan mental dengan menyediakan akses ke sumber daya dan layanan kesehatan mental. Ini dapat mencakup program-program seperti konseling atau dukungan psikologis yang tersedia secara gratis atau dengan biaya yang terjangkau, seminar atau lokakarya tentang manajemen stres dan kesehatan mental, serta promosi pola hidup sehat yang dapat membantu individu mengatasi dampak psikologis dari PPS. Dengan mengedepankan kesehatan mental sebagai prioritas, organisasi dapat membantu individu dalam menjaga kesejahteraan mereka dan mencegah terjadinya masalah kesehatan mental yang lebih serius.

9. Edukasi dan Kesadaran Masyarakat

Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang PPS dan pentingnya dukungan sosial dan psikologis bagi individu yang mengalaminya juga merupakan langkah penting dalam penanganan dan pencegahan kondisi ini. Dengan mengedukasi masyarakat tentang gejala, dampak, dan sumber daya yang tersedia untuk membantu individu yang mengalami PPS, stigma yang terkait dengan masalah ini dapat dikurangi dan dukungan yang lebih luas dapat diberikan kepada individu yang membutuhkannya. Menyediakan informasi dan sumber daya yang mudah diakses juga dapat membantu individu untuk lebih cepat mendapatkan bantuan yang mereka perlukan.

10. Pendekatan Holistik terhadap Kesejahteraan

Melihat kesejahteraan individu secara holistik juga penting dalam penanganan PPS. Ini melibatkan tidak hanya fokus pada aspek psikologis, tetapi juga fisik, sosial, dan spiritual dari kesejahteraan. Program-program kesejahteraan yang menyeluruh, seperti yoga, meditasi, atau olahraga, dapat membantu individu mengatasi stres dan meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental mereka. Pendidikan tentang pola makan sehat, istirahat yang cukup, dan manajemen waktu juga dapat berkontribusi pada kesejahteraan umum individu dan membantu mereka mengatasi dampak PPS.

11. Pemberdayaan Diri

Mengembangkan rasa pemberdayaan diri merupakan langkah penting dalam mengatasi PPS. Individu perlu memahami bahwa kekuatan dan nilai mereka tidak sepenuhnya tergantung pada posisi kekuasaan atau pengaruh yang mereka miliki. Dengan mengembangkan kepercayaan diri, memperluas pandangan mereka tentang identitas dan nilai pribadi mereka, serta menemukan sumber kekuatan internal, individu dapat mengurangi dampak dari kehilangan posisi kekuasaan dan menghadapi masa depan dengan lebih percaya diri dan positif.

DAFTAR PUSTAKA

- Albert, M.S., Jones, K., Savage, C.R., Berkman, L., Seeman, T., Blazer, D., & Rowe, J.W. (2002). Predictors of cognitive change in older persons: MacArthur studies of successful aging. *Psychology and Aging*, 17(1), 21–29.
- Baltes, P.B., & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12(1), 12–21.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M., & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181.
- Charles, S.T., & Carstensen, L.L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383–409.
- Cynthia Kenyon. (n.d.). Goodreads. Diakses pada 12 Maret 2024, dari <https://www.goodreads.com/quotes/776917-aging-is-not-an-inevitable-progression-from-youth-to-destiny>
- Cooper, C., Dere, W., Evans, W., Kanis, J.A., Rizzoli, R., & Sayer, A.A. (2016). Frailty and sarcopenia: definitions and outcome parameters. *Osteoporosis International*, 27(7), 1839–1848.
- Cornwell, B., & Waite, L.J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48.
- Farage, M.A., Miller, K.W., Elsner, P., & Maibach, H.I. (2008). Characteristics of the aging skin. *Advances in Wound Care*, 1(5), 234–242.
- Freedman, V.A., & Nicolle, J. (2008). Social inequalities in health. *Encyclopedia of Public Health*, 661–664.
- Garcia, A., et al. (2023). "Understanding the Psychological and Social Challenges of Aging and Post Power Syndrome (PPS)." *Journal of Gerontology*, 30(3), 245–267.
- Gross, J.J., Carstensen, L.L., Pasupathi, M., Tsai, J., Götestam Skorpen, C., & Hsu, A.Y. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12(4), 590–599.

- Maya Angelou. (n.d.). BrainyQuote. Diakses pada 12 Maret 2024, dari https://www.brainyquote.com/quotes/maya_angelou_163439?src=t_common
- Haney, C., Banks, W.C., & Zimbardo, P.G. (2018). The Stanford Prison Experiment: A simulation study of the psychology of imprisonment. *Naval Research Reviews*, 30, 4-22.
- Harman, D. (1956). Aging: A Theory Based on Free Radical and Radiation Chemistry. *Journal of Gerontology*, 11(3), 298–300.
- Harman, S.M., Metter, E.J., Tobin, J.D., Pearson, J., & Blackman, M.R. (2001). Longitudinal effects of aging on serum total and free testosterone levels in healthy men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 86(2), 724–731.
- Hayflick, L. (1965). The Limited in Vitro Lifetime of Human Diploid Cell Strains. *Experimental Cell Research*, 37(3), 614–636.
- Janssen, I., Heymsfield, S.B., & Ross, R. (2000). Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(5), 889–896.
- Johnson, R.W., Brennan, M.A., Overcash, J., & Kim, J. (2015). Health status and quality of life: A comparison of older adults with and without chronic pain. *Journal of Aging and Health*, 27(6), 1015–1034.
- Jost, J.T., Blount, S., Pfeffer, J., & Hunyady, O. (2003). Fair market ideology: Its cognitive-motivational underpinnings. *Research in Organizational Behavior*, 25, 53–91.
- Keltner, D., Gruenfeld, D.H., & Anderson, C. (2003). Power, approach, and inhibition. *Psychological Review*, 110(2), 265–284.
- Kets de Vries, M.F.R. (2004). The dangers of feeling like a fake. *Harvard Business Review*, 82(1), 108–116.
- Lang, F.R., & Carstensen, L.L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology and Aging*, 17(1), 125–139.
- Lindenberger, U., & Baltes, P.B. (1994). Sensory functioning and intelligence in old age: A strong connection. *Psychology and Aging*, 9(3), 339–355.

- Litwin, H. (2001). Social networks and well-being: A comparison of older people in Mediterranean and non-Mediterranean countries. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(3), S137–S145.
- Masten, A.S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493–506.
- McFarland, H.F., Martin, R., & McFarlin, D.E. (2019). Immunological aspects of aging. In M.J. Aminoff, & R.B. Daroff (Eds.), *Encyclopedia of the Neurological Sciences* (Second Edition) (pp. 165-168). Academic Press.
- Niccoli, T., & Partridge, L. (2012). Ageing as a risk factor for disease. *Current Biology*, 22(17), R741–R752.
- Plassman, B.L., Langa, K.M., Fisher, G.G., Heeringa, S.G., Weir, D.R., Ofstedal, M.B., ... Wallace, R.B. (2010). Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 148(6), 427–434.
- Smith, C.D., & Brewer, B.L. (1995). Age-related differences in peak speed and accuracy of aiming movements. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 50(4), 236–245.
- Studenski, S., Perera, S., Patel, K., Rosano, C., Faulkner, K., Inzitari, M., ... Guralnik, J. (2009). Gait Speed and Survival in Older Adults. *Journal of the American Medical Association*, 305(1), 50–58.
- Sutherland, C.A.M., & Davidson, M.M. (2014). Power and Control After the Fall: The Impact of Post Power Syndrome. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 19(1), 26–44.

BAB 3

ETIKA DAN HUKUM TENTANG PERAWATAN LANJUT USIA

Oleh Maria Imaculata Ose

3.1 Etika Pada Perawatan Lanjut Usia

Etika kepada lanjut usia menjadi bagian subjek yang rumit dan penting dalam memberikan perawatan. Berbagai pandangan dan masalah moral yang muncul dalam perawatan pasien lanjut usia dibahas, termasuk hal-hal seperti kemandirian, keadilan, dan pengambilan keputusan medis. Tidak jarang terjadi dilema etik ketika prinsip profesional bertentangan dengan keputusan yang dibuat oleh organisasi, perawat sering mengalami emosi distress. Perawat sering terjebak antara mematuhi kebijakan rumah sakit yang mungkin tidak mendukung praktik etis dan memberikan perawatan terbaik. *End Of life Care* adalah bagian penting dari perawatan orang tua. Pertimbangan etis sering kali menjadi bagian dari keputusan tentang perawatan paliatif dan penghentian intervensi medis. Perawat lain memiliki tanggung jawab moral untuk bertindak sebagai perwakilan bagi pasien mereka dan memastikan bahwa kepentingan terbaik pasien selalu menjadi prioritas utama dalam setiap keputusan yang berkaitan dengan perawatan medis. Pelatihan etika sangat penting bagi perawat lansia untuk menghadapi berbagai masalah etis dalam praktik sehari-hari. Pelatihan yang efektif dapat membantu mereka membuat keputusan yang lebih baik dalam situasi sulit. Berikut ini akan diuraikan prinsip-prinsip moral dalam perawatan Kesehatan pada lansia

3.1.1 Prinsip-prinsip Moral dalam Kesehatan Lansia

1. **Autonomi:** Autonomi, juga dikenal sebagai kemandirian, adalah hak setiap orang untuk membuat keputusan sendiri tentang pengobatan kesehatan mereka. Ini sangat penting dalam perawatan orang tua karena orang tua sering menghadapi penurunan kemampuan fisik atau mental, yang dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk membuat keputusan yang sadar dan bebas. Menurut *BMC Medical Ethics* (2020) menjelaskan bahwa mempertahankan autonomi pasien yang lebih tua dapat meningkatkan kualitas hidup mereka. Perawat lansia sering menghadapi dilema etika terkait otonomi pasien, terutama ketika pasien memiliki gangguan kognitif. Dilema ini termasuk membuat keputusan tentang memberikan atau menolak perawatan yang dianggap bertentangan dengan keinginan pasien atau keluarga mereka. Disisi lain dalam memberikan perawatan kepada pasien dengan demensia, ada tantangan etika karena perawat harus menyeimbangkan antara melindungi pasien dan menghormati hak mereka untuk membuat pilihan sendiri.
2. **Justice/Keadilan:** Ada beberapa masalah etis yang dihadapi, seperti perawatan yang tidak memadai, perbedaan fokus antara sistem perawatan, dan masalah distribusi sumber daya yang tidak adil. Selain itu, artikel ini menekankan pengalaman emosional yang dialami oleh pengambil keputusan, seperti rasa kesepian dan ketidakpastian saat menghadapi situasi yang sulit. Tantangan etis ini menunjukkan perlunya diskusi publik tentang kebutuhan perawatan dan pembagian sumber daya yang adil dalam sistem perawatan lanjut usia. Mereka juga menunjukkan konflik antara kebutuhan perawatan yang meningkat dan tekanan untuk menghemat anggaran. Prinsip keadilan mengatakan bahwa sumber daya kesehatan harus didistribusikan secara merata dan adil. Dalam konteks perawatan lanjut usia, ini berarti memastikan bahwa orang lanjut usia mendapatkan perawatan yang setara tanpa diskriminasi berdasarkan usia mereka. Kondisi yang sering

terjadi yaitu masalah pada anggaran yang terbatas, kondisi ini sering menghadapi masalah ketika harus membuat keputusan yang sulit tentang bagaimana membagi sumber daya (*American Medical Association Journal of Ethics*, 2014).

3. *Nonmaleficence* dan *Beneficence*: Menurut prinsip *nonmaleficence* (tidak merugikan) dan *beneficence* (berbuat baik). Dalam perawatan orang lanjut usia, prinsip *nonmaleficence* berarti bahwa pelayanan kesehatan harus didasarkan pada keharusan untuk melakukan yang terbaik dan menghindari tindakan yang akan memperburuk penderitaan pasien. Prinsip ini sangat penting dalam perawatan orang tua karena mereka seringkali memiliki kondisi fisik dan mental yang lebih kompleks. Oleh karena itu, perawatan harus dilakukan dengan cara yang tidak menambah penderitaan dan memastikan kesehatan lanjut usia yang optimal. Misalnya, prinsip *Nonmaleficence* dapat diterapkan dalam perawatan lanjut usia dengan menghindari tindakan yang dapat menambah penderitaan, seperti memberikan obat yang tidak efektif atau melakukan pemeriksaan yang tidak diperlukan. Dengan demikian, perawatan lanjut usia yang didasarkan pada prinsip ini dapat memastikan kesehatan lanjut usia yang optimal. Prinsip *beneficence* dalam perawatan lanjut usia memastikan bahwa semua intervensi medis dan sosial bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup pasien. Dalam situasi seperti ini, penyedia layanan kesehatan harus berperan aktif dalam mendukung kesehatan dan kebahagiaan pasien lansia melalui evaluasi menyeluruh dan intervensi yang tepat. Perawatan yang direncanakan dan personal, di mana setiap prosedur medis dirancang untuk mendukung kondisi fisik dan emosional pasien, sangat penting. Sebagai contoh, mungkin untuk mengurangi gejala penyakit kronis dan meningkatkan kesehatan mental melalui perawatan yang menyeluruh dan individual. Selain itu, *American Medical Association Journal of Ethics* (2014) menekankan bahwa pendekatan proaktif dalam perawatan lansia, yang mencakup penyediaan

dukungan sosial dan medis yang berkelanjutan, dapat mengurangi risiko komplikasi kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup keseluruhan pasien yang telah lanjut usia.

3.1.2 Hak-Hak Lanjut Usia

Hak-hak pada lanjut usia menjadi komponen yang di miliki dan di hormati pada lansia. Memastikan pengakuan dan perlindungan hak-hak lanjut usia bukan hanya perlu secara moral, tetapi juga penting untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup lanjut usia di seluruh dunia. Gambaran hak-hak pada lansia yaitu menerima pelatihan dan pendidikan yang memadai (Phillips et al., 2014), kebijakan kesehatan yang memadai (Yon et al., 2017; WHO, 2016), mendapatkan perlindungan dari kekerasan dan penelantaran (Yon et al., 2017; WHO, 2016), dan berpartisipasi aktif dalam keputusan perawatan mereka (Rodwell et al., 2013). Secara umum hak lansia mencakup:

1. **Hak untuk Privasi.** Privasi menjadi salah satu aspek terpenting dalam perawatan lanjut usia, dengan pasien merasa lebih dihormati dan puas ketika privasi mereka dijaga. individu lanjut usia harus dihormati dalam semua aspek perawatan, termasuk data medis dan kehidupan pribadi mereka.
2. **Hak untuk Berpartisipasi.** Individu lanjut usia harus memiliki kesempatan untuk berpartisipasi dalam keputusan yang mempengaruhi hidup mereka, baik dalam pengaturan perawatan maupun dalam komunitas. Rodwell et al. (2013) melakukan penelitian yang menemukan keterlibatan orang tua dalam pengambilan keputusan perawatan mereka meningkatkan kesejahteraan mental dan rasa otonomi.
3. **Hak untuk Aman dan Terlindungi:** Mereka harus dilindungi dari segala bentuk kekerasan, eksploitasi, dan penelantaran. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Yon et al. (2017) menunjukkan bahwa lanjut usia sering menghadapi risiko dan eksploitasi kekerasan, dengan prevalensi kekerasan terhadap mereka sebesar 15,7% di seluruh dunia. Studi ini menunjukkan bahwa tindakan pencegahan dan perlindungan yang lebih baik diperlukan.

4. **Hak untuk Akses terhadap Perawatan Kesehatan:** Harus ada akses yang adil dan mudah ke layanan kesehatan yang berkualitas. Beard et al. (2016) menyebutkan bahwa ketersediaan akses kesehatan memberikan dampak dan hasil kesehatan orang lanjut usia lebih baik, dengan tingkat morbiditas dan mortalitas yang lebih rendah.

3.1.3 Tantangan Moral dalam Perawatan pada Lansia

Perawatan pada lansia tidak jarang menghadapi tantangan moral. Perlunya pendekatan yang holistik serta melibatkan berbagai pihak, baik tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat luas, untuk memastikan bahwa lanjut usia menerima perawatan yang adil, bermartabat, dan sesuai dengan kebutuhan mereka. Adapun tantangan moral dalam perawatan pada lansia meliputi:

1. **Kesenjangan Perawatan:** Menawarkan perawatan yang memadai di rumah atau di fasilitas kesehatan mungkin sulit untuk memenuhi kebutuhan khusus pasien lanjut usia, terutama mereka yang menderita kondisi seperti demensia. Ini dapat menyebabkan dilema moral ketika harus memilih antara perawatan di rumah yang mungkin tidak memadai dan fasilitas medis yang lebih mahal (BMC Medical Ethics, 2020).
2. **Beban Finansial dan Sumber Daya:** Ideal perawatan yang diinginkan seringkali tidak sesuai dengan keadaan ketika anggaran terbatas. Pembuat kebijakan dan penyedia layanan kesehatan kadang-kadang harus membuat keputusan sulit yang mengharuskan mereka mengorbankan kualitas untuk mempertahankan uang (*American Medical Association Journal of Ethics*, 2014).
3. **Peran Keluarga dalam Pengambilan Keputusan:** Keluarga seringkali memainkan peran penting dalam pengambilan keputusan tentang perawatan medis untuk orang tua, terutama dalam kasus di mana pasien tidak dapat membuat keputusan sendiri. Hal ini dapat menimbulkan masalah etis seperti seberapa besar keinginan keluarga harus memengaruhi keputusan medis dan bagaimana menanganinya

situasi di mana keluarga dan penyedia layanan kesehatan tidak setuju (*American Medical Association Journal of Ethics*, 2014).

3.1.4 Rekomendasi dalam implementasi Etik pada perawatan lansia.

Melihatnya kompleksnya masalah etik yang menjadi tantangan dalam perawatan lansia perlu adanya strategi dalam implementasi perawatan lansia. Adapun yang perlu dipersiapkan dalam perawatan lansia mencakup:

1. Pelatihan dan Pendidikan: Penyedia layanan kesehatan harus dilatih dengan baik dalam etika perawatan lanjut usia agar mereka dapat menangani masalah moral dengan bijak dan hati-hati.
2. Kebijakan yang Mendukung: Pemerintah dan organisasi kesehatan harus membuat kebijakan yang mendukung perawatan yang adil dan berkualitas tinggi bagi orang tua. Kebijakan ini harus mencakup alokasi sumber daya yang memadai dan peraturan yang mencegah diskriminasi berdasarkan usia.
3. Pendekatan Multidisipliner: Untuk memastikan bahwa semua aspek kesejahteraan pasien diperhatikan, perawatan lanjut usia yang etis memerlukan pendekatan multidisipliner yang melibatkan dokter, perawat, pekerja sosial, dan profesional kesehatan lainnya.

3.2 Perlindungan Hukum Pada Lanjut Usia

Pandangan hukum tentang lanjut usia didasarkan pada prinsip-prinsip hak asasi manusia yang menjamin martabat, otonomi, dan kesejahteraan mereka. Konsep dasar ini menekankan bahwa lanjut usia memiliki hak yang sama dengan kelompok usia lainnya, seperti akses ke perlindungan sosial, layanan kesehatan, dan kehidupan yang layak. Untuk memastikan hak-hak ini dihormati dan dipenuhi, sistem hukum Indonesia. Selain itu, perlindungan hukum juga mencakup perlindungan dari penelantaran, diskriminasi, dan kekerasan, serta upaya untuk melibatkan keluarga dan masyarakat dalam membantu orang lanjut usia. Oleh karena itu,

perspektif hukum pada lanjut usia menggabungkan berbagai elemen pemberdayaan dan perlindungan untuk memungkinkan mereka menjalani kehidupan yang aman dan bermartabat.

Perlindungan hukum bagi lanjut usia di berbagai negara di seluruh dunia berfokus pada menjamin hak-hak dasar, keamanan, dan kesejahteraan mereka. Variasi ini tergantung pada kebijakan nasional, kesadaran masyarakat, dan implementasi kebijakan. Berikut diuraikan mengenai perlindungan hukum orang lanjut usia:

1. Kebijakan dan Undang-Undang

Spesifik Penelitian Global: Sebuah penelitian oleh *HelpAge International* (2015) menunjukkan bahwa banyak negara telah menetapkan undang-undang khusus untuk melindungi hak-hak lanjut usia, seperti hak atas perlakuan yang adil, akses ke layanan kesehatan, dan perlindungan dari kekerasan dan eksploitasi. Misalnya, Undang-Undang Perlindungan Lanjut Usia di India (2007) menyediakan kerangka hukum untuk menjamin hak-hak dan kesejahteraan lanjut usia. Kasus di Eropa: Menurut penelitian yang dilakukan oleh *European Union Agency for Fundamental Rights (FRA)*, Charta Hak Asasi Dasar Uni Eropa mencakup hak-hak lanjut usia, seperti martabat, otonomi, dan partisipasi sosial. Namun, ada kemajuan besar dalam perlindungan hukum.

2. Mekanisme Perlindungan dari Kekerasan dan Eksploitasi.

Studi Kasus di Amerika Serikat: Studi oleh Jogerst et al. (2003) menunjukkan bahwa undang-undang seperti *Older Americans Act* (1965) dan berbagai peraturan negara bagian memberikan perlindungan hukum yang kuat terhadap kekerasan dan penelantaran orang lanjut usia. Studi ini juga menunjukkan betapa pentingnya memiliki program pengawasan dan pelaporan yang baik untuk memerangi kekerasan terhadap lanjut usia. Penelitian di Afrika: Sebuah penelitian yang dilakukan oleh *HelpAge International* (2016) di beberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa meskipun ada undang-undang yang melindungi orang lanjut usia, pelaksanaannya sering terhambat oleh keterbatasan sumber daya dan kurangnya kesadaran masyarakat.

3. Akses ke Layanan Kesehatan dan Sosial Studi di Asia: Penelitian di Jepang oleh Koyano (2016) menunjukkan bahwa negara tersebut memiliki kebijakan komprehensif untuk melindungi hak-hak orang tua, termasuk akses ke layanan kesehatan dan kesejahteraan. Jepang memiliki sistem asuransi kesehatan universal yang memastikan bahwa semua orang tua mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan.
4. Laporan di Amerika Latin: Penelitian oleh *Economic Commission for Latin America and the Caribbean* (ECLAC, 2018) menemukan bahwa negara-negara seperti Argentina dan Brazil memiliki kebijakan dan undang-undang yang kuat yang melindungi hak-hak orang tua, seperti pensiun, perawatan kesehatan, dan perlindungan sosial.

Perlindungan hukum bagi lanjut usia di Indonesia diatur melalui berbagai undang-undang dan peraturan menteri yang bertujuan untuk memastikan hak-hak dan kesejahteraan mereka terjaga. Berikut adalah uraian tentang perlindungan hukum untuk lanjut usia di Indonesia beserta undang-undang dan peraturan terkait:

1. Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia
Undang-undang ini sebagai dasar hukum utama bagi undang-undang kesejahteraan lanjut usia di Indonesia. Dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan orang tua, undang-undang ini mengatur berbagai aspek perlindungan sosial, kesehatan, dan ekonomi. Beberapa poin penting dari peraturan ini adalah: Hak atas Kehidupan Layak: lansia berhak atas kehidupan yang layak, termasuk akses ke layanan kesehatan dan sosial. Pemberian Bantuan Sosial: Pemerintah berkewajiban memberikan bantuan sosial kepada orang tua yang membutuhkan, terutama mereka yang tidak memiliki penghasilan atau keluarga yang dapat membantu mereka.

2. Peraturan Menteri Sosial No. 5 Tahun 2018 tentang Panduan Pengelolaan Pelayanan dan Pendampingan Sosial Bagi Lanjut Usia
Peraturan Menteri ini yang berfokus pada Pelayanan Sosial Terpadu: Memberikan pelayanan sosial yang mencakup kesehatan, ekonomi, dan psikologis. Pendampingan Sosial: Memberikan pendampingan kepada orang tua, termasuk mereka yang tinggal di panti sosial atau di rumah sendiri.
3. Undang-Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial
Undang-undang ini mengatur tentang kesejahteraan sosial secara umum, termasuk kesejahteraan lanjut usia. Beberapa poin utama yang relevan meliputi:
Program Kesejahteraan Sosial: Menyediakan program kesejahteraan sosial untuk kelompok rentan, termasuk lanjut usia. Penguatan Keluarga: Mendorong penguatan peran keluarga dalam menjaga dan merawat lanjut usia.
4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Fasilitas Kesehatan.
Peraturan ini mengatur standar pelayanan kesehatan bagi lanjut usia di berbagai fasilitas kesehatan, seperti puskesmas dan rumah sakit. Beberapa ketentuan penting adalah sebagai berikut: Pelayanan Kesehatan Terintegrasi: Menyediakan layanan kesehatan yang terintegrasi yang mencakup pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Pelatihan Tenaga Kesehatan: Melatih tenaga kesehatan untuk memberikan layanan yang ramah lanjut usia.
5. Peraturan Pemerintah No. 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia.
Peraturan ini mengadopsi UU No. 13 Tahun 1998 dan memberikan pedoman lebih lanjut tentang upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia. Beberapa hal penting termasuk: Program Pelayanan Sosial: Mengadopsi program pelayanan sosial yang menyeluruh untuk orang lanjut usia. Keterlibatan Masyarakat: Menggalakkan

masyarakat untuk berpartisipasi dalam upaya untuk meningkatkan kesejahteraan sosial orang lanjut usia.

DAFTAR PUSTAKA

- American Medical Association Journal of Ethics. 2014. Ethical Issues in Geriatric Care. Virtual Mentor. 16(5), pp.330-372. doi:10.1001/virtualmentor.2014.16.5.
- Beauchamp, T.L. and Childress, J.F., 2013. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bu, X. and Jezewski, M.A., 2007. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), pp.101-110.
- BMC Medical Ethics. 2020. Ethical challenges related to elder care. [online] Available at: <<https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-020-00489-2>> [Accessed 23 June 2024].
- Danis, M. and Solomon, M., 2013. Resource allocation in nursing care of the elderly. *Journal of Medical Ethics*, 39(6), pp.398-402.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). (2018). "Ageing and the Protection of Human Rights: Current Situation and Outlook." ECLAC.
- Epstein, E.G. and Delgado, S., 2010. Understanding and addressing moral distress. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3).
- Gallagher, A. and Holmes, S., 2012. Confidentiality and elder abuse. *Nursing Standard*, 26(23), pp.35-40.
- Grace, P.J., 2017. *Nursing ethics and professional responsibility in advanced practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Heimerl, K. and Klie, T., 2010. Ethical dilemmas in geriatric nursing: Challenges and solutions. *Nursing Ethics*, 17(4), pp.411-420.
- HelpAge International. (2015). Global AgeWatch Index 2015: Insight Report. HelpAge International.
- Jongsma, K.R. and van de Vathorst, S., 2015. Informed consent in elderly patients: Challenges and perspectives. *Bioethics*, 29(1), pp.2-8.
- Jogerst, G. J., Daly, J. M., Galloway, V., Zheng, S., & Xu, Y. (2003). "State Elder Abuse Statutes." *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(3/4), 139-153.

- Kai, J. and Hedges, C., 2016. Cultural competence in geriatric nursing. **Journal of Transcultural Nursing**, 27(5), pp.462-469.
- Koyano, W. (2016). "Aging in Japan: Policy and Practice." *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 31(4), 319-335.
- Pantilat, S.Z., 2008. Ethical issues in palliative care. **Journal of Palliative Medicine**, 11(5), pp.648-655.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Fasilitas Kesehatan.
- Peraturan Pemerintah No. 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia.
- Peraturan Menteri Sosial No. 5 Tahun 2018 tentang Panduan Pengelolaan Pelayanan dan Pendampingan Sosial Bagi Lanjut Usia.
- Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
- Undang-Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.

BAB 4

PROFIL DEMOGRAFI LANJUT USIA

Oleh Arif Hidayatullah

4.1 Pendahuluan

Pertumbuhan penduduk pada komunitas adalah kondisi yang seimbang antara penambahan penduduk dan pengurangan jumlah penduduk pada suatu wilayah. Keberadaan anggota keluarga lanjut usia dalam komunitas memberikan pengaruh dalam penambahan jumlah penduduk melalui kelahiran bayi dan mengurangi jumlah penduduk melalui angka kematian pada semua kelompok umur (Syaekhu A, 2021). Keberadaan demografi keluarga akan memberikan potensi manfaat besar ketika dalam suatu masyarakat sebagian besar penduduk berada dalam kelompok usia produktif dengan rentang usia 15 sampai 64 tahun (Yudho K, 2023). Kondisi ini menjadi peluang dalam peningkatan bidang tenaga kerja, namun keberhasilannya harus didukung dengan tingkat kesehatan yang optimal dan tingkat kecerdasan yang baik.

Pentingnya tingkat kesehatan dan tingkat kecerdasan yang dimiliki kelompok usia produktif dan lansia memberikan dampak positif dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia serta indeks pembangunan manusia pada suatu negara (Yudho K, 2023). Di negara maju, umumnya lansia hidup mandiri baik hidup sendiri atau hidup bersama pasangannya. Hanya 5% lansia yang hidup di panti jompo atau sejenisnya (Tamher, S & Noorkasiani, 2009). Jika kelompok usia produktif dan lansia pada suatu komunitas memiliki tingkat kesehatan dan tingkat kecerdasan yang buruk akan memberikan dampak bencana baik pada keluarga, komunitas dan juga menambah beban negara.

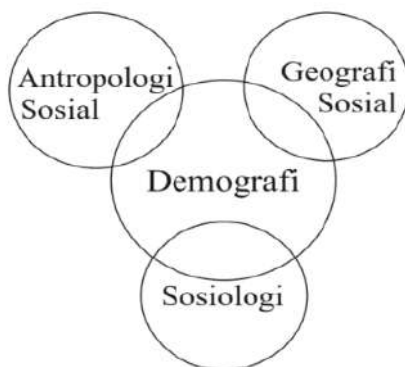
Adanya dampak negatif dari demografi keluarga dengan lansia yang buruk menuntut perlunya keberadaan perawat dalam memotivasi keluarga agar berkontribusi dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan tingkat pendidikan. Kepedulian keluarga dengan lansia yang baik akan memberikan manfaat dari bonus

demografi keluarga dengan lansia dan menghindarkan dari risiko yang ada.

4.2 Pengertian Demografi Lanjut Usia

Demografi (*demography*) berasal dari bahasa Yunani, yaitu *demos* yang berarti rakyat atau penduduk dan *grafein* yang berarti menulis atau menggambarkan. Demografi dapat didefinisikan sebagai tulisan atau gambaran tentang penduduk. Secara umum, gambaran penduduk atau data kependudukan sangat diperlukan sebagai informasi dasar dalam pengembangan kebijakan penurunan angka kelahiran, peningkatan pelayanan kesehatan, pengarahannya penyebaran penduduk, persediaan kebutuhan penduduk akan makanan, pendidikan, perumahan dan lapangan pekerjaan (Syaekhu A, 2021).

Demografi tidak membahas penduduk sebagai perseorangan, tetapi penduduk sebagai sebuah kelompok orang yang bertempat tinggal di suatu wilayah (Syaekhu A, 2021). Kajian ilmu demografi umumnya diampu oleh beberapa ilmu sosial, seperti; sosiologi, antropologi, geografi.



Gambar 4.1. Demografi Dalam Kajian Ilmu Sosial
(Sumber : Syaekhu A, (2021))

Menurut WHO (2020) bahwa lanjut usia atau lansia adalah kelompok populasi yang memiliki umur diatas 60 tahun. Kelompok lansia merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari masyarakat karena memiliki kebutuhan yang berbeda dalam hal kesehatan dan perawatan. Lansia tidak hanya berkaitan dengan usia, tetapi juga

berkaitan dengan faktor-faktor lain yang memengaruhi kesejahteraan mereka. Ada beberapa aspek yang mempengaruhi kualitas hidup lansia, yaitu: aspek kesehatan fisik, aspek mental, dan aspek sosial. Keberadaan keluarga yang memiliki lansia memberikan peranan dalam menggambarkan seperangkat perilaku antar individu, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam situasi tertentu. Individu dalam sebuah keluarga memiliki peranan mendasar yaitu harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

Berlandaskan pengertian tersebut, demografi lansia adalah gambaran umum dan data geografi lansia sebagai gambaran angka morbiditas dan mortalitas yang diperlukan baik oleh pemerintah dalam upaya pengembangan kebijakan negara maupun non pemerintah, misalnya dalam upaya peningkatan kesehatan lansia dengan memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

4.3 Tujuan Demografi Lanjut Usia

Demografi lansia pada dasarnya bertujuan untuk mengetahui informasi mengenai jumlah lansia pada sebuah komunitas sebagai gambaran angka morbiditas dan mortalitas. Asuhan keperawatan lansia di komunitas lebih berfokus pada hal-hal yang mengancam kesehatan lansia dan kondisi yang berisiko tinggi mengancam nyawa (Black & Jane, 2014). Perubahan fisiologis dan psikologis lansia dalam sebuah keluarga secara cepat dapat mempengaruhi perubahan status mental dan respons perilaku lansia (AACN, 2014). Adanya anggota keluarga dengan lansia yang sakit dapat menciptakan respons kecemasan, kebingungan, kegelisahan dan sulit tidur pada anggota keluarga lainnya.

Asuhan keperawatan lansia tetap mengacu pada prioritas pemenuhan kebutuhan Maslow dengan tidak meninggalkan prinsip holistik. Menurut Calicchio, S. (2023) bahwa kebutuhan dasar manusia berdasarkan Maslow, meliputi: kebutuhan fisiologis, kebutuhan keamanan, kebutuhan memiliki dan kasih sayang, kebutuhan penghargaan, dan kebutuhan aktualisasi diri.



Gambar 4.2. Hirarki Kebutuhan Maslow
Sumber : Calicchio, S (2023)

Peningkatan kesehatan lansia diawali ketika individu berusia 60 tahun dan bertujuan untuk menjaga agar selalu hidup sehat, berkualitas, dan produktif sesuai dengan martabat kemanusiaan. Usaha peningkatan kesehatan lansia meliputi; upaya menjaga kebersihan diri, upaya memperoleh gizi seimbang, rutin melakukan aktivitas fisik, memiliki kehidupan sosial, mendapatkan kesempatan berkarya, serta memiliki lingkungan yang ramah lanjut usia. Proses keperawatan lansia merupakan pelayanan holistik yang melibatkan anggota keluarga dan profesi kesehatan lain apabila berada dalam tatanan pelayanan kesehatan, meliputi: tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Tahap awal pengkajian dengan menggali data demografi lansia yang mempengaruhi tingkat kesehatannya.

4.3 Komponen Demografi Lanjut Usia

Menurut Nguyen *et al* (2021) ada beberapa komponen demografi lansia yang mempengaruhi status kesehatannya, antara lain:

4.3.1 Usia

Menurut Aswin *et al* (2013) bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup (*quality of life*) merupakan persepsi seseorang dalam mengukur berbagai aspek hidup mereka yang berkaitan dengan

reaksi emosional seseorang terhadap kejadian kehidupan, disposisi, kepuasan pemenuhan kehidupan, kepuasan dalam bekerja dan hubungan pribadi (Theofilou, 2013). Pemenuhan berbagai aspek kehidupan tersebut tergantung pada tingkatan usia. Usia berkaitan erat dengan proses penuaan yang terjadi pada individu sehingga mengakibatkan perubahan biokimia, intraseluler dan seluler pada tubuh seorang individu (Black & Hawks, 2014). Penambahan usia akan disertai dengan adanya kelemahan fungsi tubuh baik fisik maupun psikologi sehingga mempengaruhi kemandirian lansia dalam kehidupan sehari-hari.

Keberadaan demografi lansia akan memberikan potensi manfaat besar ketika sebagian besar masyarakatnya merupakan usia produktif dengan rentang usia 15 sampai 64 tahun (Yudho K, 2023). Peluang bonus demografi pada usia lansia berorientasi kepada tingkat produktif dan kesehatan (Barsukov, 2019). Peningkatan produktifitas lanjut usia harus didukung dengan kualitas sumber daya manusia yang bermutu sebagai modal dasar pembangunan bangsa.

Menurut Heri, L & Nugroho, D (2021) bahwa kondisi lansia dengan tingkat sosial ekonomi rendah masih mendominasi pada saat era Bonus Demografi. Sebanyak 26,2 persen lansia memiliki keluhan kesehatan sampai dengan gangguan aktivitas sehari-hari. Pada beberapa provinsi masih membutuhkan peningkatan penanganan fertilitas dan mortalitas. Banyak usaha yang harus dilakukan oleh pemerintah bersama pemangku jabatan dalam meningkatkan kondisi lansia melalui program pendidikan, ekonomi, dan kesehatan penduduk untuk membuat lanjut usia dengan masa depan yang lebih baik. Oleh karena itu, lansia harus diberikan penambahan pengetahuan, keterampilan, dan akses untuk persiapan masa tua.

4.3.2 Jenis kelamin

Jenis kelamin perlu dikaji dalam data demografi lansia, walaupun jenis kelamin pada umumnya tidak memiliki pengaruh terhadap kemandirian lansia. Lansia perempuan akan lebih mandiri dibandingkan lansia laki-laki. Kondisi ini disebabkan perempuan sebagai ibu rumah tangga sudah terbiasa dalam mengurus

kebutuhan rumah tangga di rumah. Secara umum tidak ada perbedaan kemandirian lansia bila dilihat dari unsur jenis kelamin. Usia lansia memiliki penurunan sistem organ baik secara fisik maupun fungsinya pada aspek fisik, sosio, dan psiko (Setyaningsing, 2010). Semakin tinggi usia seseorang, maka kemampuan dari setiap organ dalam tubuh juga akan mengalami penurunan sehingga dapat mempengaruhi fungsi organ tersebut dan berdampak pada kemandirian lansia itu sendiri.

4.3.3 Tingkat pendidikan

Menurut Aswin *et al* (2013) bahwa dalam demografi lansia terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup lansia. Tingkat pendidikan mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap kekhawatiran serangan penyakit, kesejahteraan emosional, energi/fatigue, efek samping obat, dan fungsi sosial (Hidayatullah, 2019). Tingginya tingkat pendidikan seseorang akan membuat manajemen dirinya lebih baik dalam mengalihkan rasa cemas terkait kekhawatiran serangan penyakit (Aswin *et al*, (2013). Tingginya tingkat pendidikan lansia akan mempengaruhi pengetahuan yang didapatnya.

Menurut Saadi *et al*, (2016) semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang pada sebuah keluarga, maka akan mempunyai pemahaman yang lebih baik dalam manajemen penyakit yang dialami. Selain itu, adanya hubungan antara tingkat pendidikan dan kualitas hidup juga disebabkan oleh kesejahteraan emosional dan energi dari penderita. Semakin tinggi tingkat pendidikan penderita, semakin baik kemampuan dalam manajemen emosi dan manajemen diri (Saadi *et al*, 2016). Lansia cenderung tidak mudah marah, tidak mudah terpancing emosi, dan selalu optimis dapat merasakan kebahagiaan dalam hidupnya untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

4.3.4 Ras

Lansia yang merupakan bagian dalam anggota keluarga pada suatu wilayah dapat berasal dari beragam suku serta etnis yang berbeda. Analisis demografi lansia dapat memberikan gambaran mengenai etnis atau suku pada masyarakat di suatu daerah.

Misalnya, di wilayah Ibukota Jakarta, sebagian besar penduduknya berasal dari suku dan etnis Jawa, Tionghoa, Batak, Padang, Sunda, Betawi, Ambon, dan lainnya. Data demografi ras pada lansia akan memberikan gambaran pada petugas kesehatan khususnya perawat gerontik dalam memberikan asuhan keperawatan.

4.3.5 Agama

Lansia yang merupakan penduduk pada suatu wilayah dapat menganut agama/kepercayaan yang berbeda-beda, bahkan ada juga lansia dalam sebuah keluarga yang memiliki agama berbeda dengan anggota keluarga yang lain. Melalui demografi ini, dapat memberikan data terkait jenis agama yang diyakini penduduk pada sebuah wilayah dan juga dapat menjadi gambaran pada petugas kesehatan khususnya perawat gerontik dalam memberikan asuhan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan berbasis agama akan lebih efektif dalam mempengaruhi penderita untuk mengubah perilaku gaya hidup yang lebih baik (Goodfriend *et al*, 2020).

Perawat dalam asuhan keperawatan tidak dapat dipisahkan. Hubungan perawat dengan klien tidak dapat dipisahkan dari kaca mata spiritual sebagai bagian yang terstruktur. Perbedaan spiritual, keyakinan dan agama merupakan satu dari banyak hal penting yang wajib untuk dipahami perawat bertujuan agar mampu terhindar dari kesalahpahaman dan juga menjadi pendekatan bagi perawat dengan klien. Salah satu konsep eksklusif yang dipercayai oleh setiap individu adalah Konsep spiritualitas. Manusia sebagai makhluk aspek spiritual disebut sebagai kecerdasan spiritual.

4.3.6 Status perkawinan

Menurut Hidayatullah *et al* (2019) bahwa profil demografi lansia memiliki korelasi yang signifikan antara status perkawinan dengan kualitas hidup lansia. Setiap orang memiliki rasa ingin mempunyai pasangan hidup seperti pernikahan, mereka ingin menikah tanpa adanya masalah perceraian. Faktor lain yang memberikan kontribusi pada demografi status perkawinan adalah lansia dengan status perkawinan yang sah. Keberadaan pendamping/anggota keluarga dalam sebuah keluarga efektif dalam

menerima edukasi dari petugas kesehatan. Menurut Maulana (2009) salah satu faktor keberhasilan dalam pemberian edukasi kesehatan adalah dengan memperhatikan sasaran sekunder, yaitu: orang tua, suami/istri, dan keluarga terdekat. Sasaran sekunder ini merupakan seseorang atau kelompok yang berpengaruh dengan sasaran primer, sehingga dapat mendukung penyampaian pesan kepada sasaran primer. Dukungan psikologis keluarga dan orang terdekat juga dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang dalam pengelolaan kondisi komorbiditas yang dialami (Lee *et al*, 2020).

4.3.7 Pekerjaan

Status pekerjaan menurut Hidayatullah (2019) mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap kesejahteraan emosional, energi/fatigue, dan fungsi sosial. Adanya status bekerja pada lansia akan memberikan tingkat percaya diri yang baik dalam memimpin keluarganya. Menurut Singh *et al* (2017) bahwa lansia yang memiliki pekerjaan akan memiliki tingkat percaya diri dalam melakukan aktifitas sosial dan memiliki kemandirian dalam pemenuhan kebutuhan. Lansia yang bekerja umumnya mempunyai manajemen emosi yang baik, semangat hidup yang tinggi, serta mempunyai prinsip hidup yang baik. Lansia akan mempunyai kebanggaan pada dirinya karena dapat menunjukkan bahwa dia juga dapat bekerja seperti halnya orang lain. Selain itu lansia yang bekerja akan dapat mempertahankan gerakan otot dan aktivitas dimana dapat mencegah terjadinya kelemahan otot.

DAFTAR PUSTAKA

- Aswin, M., Rakesh, P.S., Pricilla, R.A., Manjunath, K., Jacob, K., & Prasad, J. (2013). Determinants of quality of life among people with epilepsy attending a secondary care rural hospital in south India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 632- 004.
- Black, J.M. & Hawks, J.H. (2014). *Medical Surgical Nursing* vol. 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Black & Jane. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Ed 8*. Jakarta: Salemba Medika.
- Calicchio, S. 2023. *Abraham Maslow dari hierarki kebutuhan hingga pemenuhan diri: Sebuah perjalanan dalam psikologi humanistik melalui hierarki kebutuhan, motivasi, dan pencapaian potensi manusia sepenuhnya*. Italia: Stefano Calicchio.
- Goodfriend, L. N. (n.d.). *The Effect of Hypertension Education on Knowledge, Lifestyle Behaviors and Blood Pressure Management Among Parishioners in a Faith-Based Setting*.
- Heri, L & Nugroho, D. 2021. Kondisi Lanjut Usia di Indonesia Era Bonus Demografi. *Sosio informa*. 7. [10.33007/inf.v7i2.2681](https://doi.org/10.33007/inf.v7i2.2681).
- Hidayatullah A., Kariasa IM., Dahlia D., & Herawati T. 2019. Peningkatan kualitas hidup pasien epilepsi melalui edukasi manajemen epilepsi dengan media audiovisual. *Jurnal Keperawatan Lontar Universitas Indonesia*.
- Lee, C. J., Park, W. J., Suh, J., Choi, E., Jeon, D. W., Lim, S., Kim, D., Cha, K. S., Lee, B., Kim, N., Kang, T., & Ha, J. (2020). Relationship between health-related quality of life and blood pressure control in patients with uncontrolled hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 22(8), 1415–1424. <https://doi.org/10.1111/jch.13941>
- Maulana, H. D., & Sos, S. (2009). Promosi kesehatan. Egc.
- Nguyen VC, Park J. Relationships between Demographic Factors and Chronic Conditions with Disease Severities. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 31;18(21):11469. doi: 10.3390/ijerph182111469. PMID: 34769985; PMCID: PMC8583414.

- Saadi, A., Patenaude, B., Nirola, D.K., Deki, S., Tshering, L., Clark, S., & Shaull, L. (2016). Quality of life in epilepsy in Bhutan. *Journal of Epilepsy & Behaviour*, 39, 44-48.
- Setyaningsih. 2010. Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Indeks KATZ dengan Pemenuhan ADL Lansia di Rumah Sakit Banyumanik. *Universitas Muhammadiyah : Surakarta*.
- Singh, P., & Pandey, K. (2016). Quality of life in epilepsy. *International Journal of Research in Medical Science*, 5(2), 452-455.
- Syaekhu A. 2021. *Pengantar Demografi & Kependudukan*; D.I. Yogyakarta: Zahir Publishing.
- Tamher, S dan Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europes Journal of Psychology*, 9(1), 150-162.
- Yudho NK. 2023. Mengoptimalkan bonus demografi: kesehatan masyarakat sebagai kunci keberhasilan. *Media Sosial: Ayo Sehat Kementerian Kesehatan*. 27 Februari 2024.

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA DENGAN MASALAH SLEEP DAN ACTIVITY

Oleh Diana Pefbrianti

5.1 Pendahuluan

Dalam topik ini, kita akan menjelajahi cara membuat perawatan yang sesuai untuk lansia melalui langkah-langkah seperti evaluasi, diagnosis keperawatan, pemilihan intervensi, penerapan tindakan, dan penilaian pada masalah tidur dan aktivitas.

Masalah tidur pada lansia dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik fisik maupun psikologis. Secara biologis, penuaan dapat mempengaruhi berbagai fungsi tubuh seperti pendengaran, penglihatan, sistem pencernaan, ginjal, jantung, dan sistem lainnya. Gangguan pada fungsi-fungsi ini dapat mengganggu pola tidur dan kualitas tidur lansia (Zhang et al., 2019). Di sisi psikologis, lansia sering mengalami tantangan seperti kehilangan yang signifikan, depresi, stres, dan kecemasan. Kondisi-kondisi ini tidak hanya mempengaruhi kesejahteraan emosional mereka tetapi juga dapat mengganggu pola tidur mereka secara signifikan (Setiati, 2019).

Perubahan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari lansia dapat menjadi dampak dari masalah tidur yang persisten ini. Oleh karena itu, penting untuk mempertimbangkan kedua faktor biologis dan psikologis dalam merencanakan intervensi yang holistik untuk meningkatkan kualitas tidur dan kesejahteraan lansia.

Keluhan kelemahan dan keletihan adalah salah satu keluhan umum yang dialami oleh lansia. Penurunan aktivitas fisik, seperti gaya hidup yang kurang gerak, mempengaruhi kualitas tidur mereka. Studi menunjukkan bahwa sekitar 43% lansia memiliki gaya hidup yang kurang gerak. Penurunan fungsi organ yang terkait dengan berbagai penyakit juga merupakan faktor yang signifikan.

Sekitar 50% penurunan fungsi organ pada lansia dapat dikaitkan dengan adanya penyakit atau kondisi medis tertentu.

Aktivitas sehari-hari lansia memiliki dampak langsung pada pola tidur mereka. Lansia yang melakukan aktivitas fisik atau kegiatan yang memicu kelelahan cenderung tidur lebih cepat dan masuk ke dalam fase tidur non-REM (NREM) dengan lebih cepat. Namun, dengan bertambahnya usia dan proses degeneratif yang menyertainya, aktivitas fisik lansia cenderung menurun. Hal ini dapat meningkatkan risiko gangguan tidur pada lansia. Oleh karena itu, penting untuk mendorong lansia untuk tetap aktif secara fisik sesuai dengan kemampuan mereka, karena hal ini dapat membantu mempertahankan pola tidur yang sehat. Selain itu, manajemen kondisi medis yang baik juga penting untuk mengurangi dampak negatif terhadap kualitas tidur lansia.

ITop of Form

Bottom of Form

istirahat dan tidur menjadi salah satu kegiatan yang dapat menjadi bagian dari pemulihan, baik secara fisiologis dengan mengistirahatkan organ tubuh, menyimpan energy maupun secara psikologis dengan cara memperbaiki kesadaran mental dan efisiensi neurologis, mengurangi ketegangan dan meningkatkan perasaan sejahtera. Lansia yang mengalami gangguan tidur akan menjadi cepat lupa, disorientasi dan konfusi: lansia yang mengalami gangguan kognitif menunjukkan peningkatan kegelisahan, perilaku keluyuran, dan syndrome sundowner (seperti konfusi, agitasi, dan perilaku terganggu selama sore menjelang senja).

Perawat sebaiknya memberikan intervensi yang tepat agar dapat menghambat terjadinya ketergantungan total pada lansia. Intervensi yang diarahkan pada pencegahan ke arah gangguan *sleep & activity*.

5.2 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dan krusial dalam proses perawatan kesehatan. Proses ini melibatkan pengumpulan informasi yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan klien. Tujuan utamanya

adalah untuk mendapatkan gambaran yang komprehensif tentang klien, termasuk aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritualnya. Beberapa langkah yang biasanya dilakukan dalam pengkajian keperawatan meliputi:

1. **Wawancara:** Interaksi langsung dengan klien untuk mengumpulkan riwayat kesehatan, keluhan saat ini, riwayat penyakit, riwayat pengobatan, dan informasi lain yang relevan.
2. **Pemeriksaan Fisik:** Evaluasi langsung terhadap status fisik klien, termasuk tanda vital, pemeriksaan organ tubuh, dan penilaian fisik lainnya sesuai kebutuhan.
3. **Dokumentasi:** Pencatatan semua data yang dikumpulkan dengan akurat dan lengkap, untuk digunakan sebagai dasar dalam perencanaan dan pemberian perawatan selanjutnya.
4. **Pengumpulan Informasi Tambahan:** Melibatkan informasi dari keluarga atau orang-orang yang terdekat dengan klien, catatan medis sebelumnya, dan laporan dari tim perawatan lainnya (jika ada).
5. **Penilaian Risiko dan Kondisi Khusus:** Identifikasi faktor risiko dan kondisi khusus yang mungkin mempengaruhi perawatan klien, seperti alergi obat, kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, dan lain-lain.

Pengkajian keperawatan dilakukan secara berkelanjutan dan merupakan dasar untuk menyusun diagnosa keperawatan dan rencana perawatan yang tepat sesuai dengan kebutuhan klien. Hal ini memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan yang holistik dan terfokus pada kesejahteraan klien secara menyeluruh (Olfah & Ghofur, 2016). Pengkajian terhadap masalah tidur dan aktivitas pada lansia merupakan bagian penting dalam perencanaan perawatan keperawatan yang efektif. Berikut adalah beberapa langkah yang dapat dilakukan dalam mengkaji pola tidur dan aktivitas lansia:

1. **Wawancara Subjektif:** Mulailah dengan wawancara langsung dengan lansia atau caregiver untuk mendapatkan informasi subjektif mengenai pola tidur dan aktivitas sehari-hari. Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan meliputi:

- a. Berapa lama waktu tidur yang biasa Anda dapatkan setiap malam?
 - b. Apakah Anda sering bangun di malam hari? Jika ya, apa yang membuat Anda bangun?
 - c. Apakah Anda merasa segar dan bugar setelah tidur?
 - d. Bagaimana aktivitas harian Anda? Apakah Anda merasa energik atau cepat lelah?
 - e. Apakah ada perubahan dalam rutinitas tidur dan aktivitas belakangan ini?
2. **Observasi langsung:** Amati pola tidur dan aktivitas lansia selama periode waktu tertentu. Perhatikan apakah mereka tampak mengantuk di siang hari, apakah mereka tidur di siang hari, atau apakah mereka mengalami kesulitan dalam mempertahankan pola tidur yang konsisten di malam hari.
 3. **Pencatatan pola tidur:** Minta lansia atau caregiver untuk mencatat pola tidur mereka selama beberapa hari atau minggu. Hal ini dapat memberikan gambaran lebih jelas tentang pola tidur yang terganggu atau tidak teratur.
 4. **Evaluasi faktor-faktor lingkungan:** Tinjau lingkungan tidur lansia, termasuk kenyamanan tempat tidur, pencahayaan, kebisingan, suhu ruangan, dan faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi tidur mereka.
 5. **Penggunaan alat bantu:** Jika diperlukan, gunakan alat bantu seperti actigraphy (alat pemantau aktivitas fisik) untuk membantu memantau pola tidur dan aktivitas lansia secara objektif.

Data yang dikumpulkan dari pengkajian ini akan membantu dalam menilai masalah tidur dan aktivitas lansia secara lebih komprehensif. Hasil pengkajian ini akan menjadi dasar untuk merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat dan merencanakan intervensi yang sesuai untuk meningkatkan kualitas tidur dan aktivitas lansia.

Top of Form

Bottom of Form

Selanjutnya, data akan dikonfirmasi dengan pengkajian dari perawat menggunakan tools seperti *The Pittsburgh Sleep*

Quality Index (PSQI). PSQI adalah sebuah instrumen atau tools untuk mengukur kualitas tidur pada lansia. Instrumen ini terdiri dari serangkaian pertanyaan yang mengevaluasi berbagai aspek kualitas tidur selama periode satu bulan terakhir. PSQI mengukur tujuh komponen utama, yaitu:

1. **Kualitas tidur subjektif:** Persepsi individu mengenai kualitas tidur mereka.
2. **Latensi tidur:** Waktu yang diperlukan untuk tertidur.
3. **Durasi tidur:** Total waktu tidur setiap malam.
4. **Efisiensi tidur:** Persentase waktu tidur yang efektif dari total waktu di tempat tidur.
5. **Gangguan tidur:** Frekuensi gangguan tidur seperti terbangun di tengah malam.
6. **Penggunaan obat tidur:** Frekuensi penggunaan obat untuk membantu tidur.
7. **Disfungsi siang hari:** Gangguan aktivitas di siang hari akibat masalah tidur.

Nilai total dari PSQI berkisar antara 0 hingga 21, dengan interpretasi bahwa nilai total lebih dari 5 menandakan kualitas tidur yang buruk. Pengisian kuesioner ini dapat dilakukan oleh lansia sendiri atau dibantu oleh perawat jika lansia mengalami kendala dalam pengisiannya. Dengan menggunakan PSQI, perawat dapat mengidentifikasi masalah tidur pada lansia dan merencanakan intervensi yang sesuai untuk memperbaiki kualitas tidur mereka.

5.2.1 Keluhan Utama

Pada pengkajian keluhan utama, perawat dapat menanyakan kepada lansia apa yang saat ini sedang dirasakan. Lansia yang mengalami masalah tidur dan aktivitas akan menyatakan beberapa keluhan, seperti: Kurang Tidur, Kesulitan Tidur, Gangguan dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Sehari-hari.

5.2.2 Penyakit terdahulu

Pada pengkajian penyakit terdahulu, perawat dapat mengumpulkan informasi yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas lansia. Hal ini mencakup riwayat penyakit yang pernah atau sedang diderita pada berbagai sistem tubuh. Berikut adalah beberapa aspek yang perlu diperhatikan:

1. Sistem Neurologis:

- a. **Gangguan Serebrovaskuler:** Misalnya, stroke atau *transient ischemic attack* (TIA) yang dapat mempengaruhi mobilitas dan koordinasi.
- b. **Peningkatan Tekanan Intrakranial:** Kondisi seperti tumor otak atau hidrocephalus yang dapat menyebabkan gejala seperti sakit kepala dan masalah keseimbangan.
- c. **Trauma Kepala:** Riwayat cedera kepala yang mungkin menyebabkan defisit neurologis atau gangguan kognitif.

2. Sistem Kardiovaskuler:

- a. **Gagal Jantung Kongestif (CHF):** Kondisi ini dapat menyebabkan kelelahan, sesak napas, dan pembengkakan yang membatasi aktivitas fisik.
- b. **Infark Miokard (Serangan Jantung):** Riwayat serangan jantung dapat mempengaruhi kapasitas aktivitas dan memerlukan penyesuaian dalam mobilitas.

3. Sistem Muskuloskeletal:

- a. **Fraktur:** Riwayat patah tulang yang dapat menyebabkan ketidakmampuan atau pembatasan gerak.
- b. **Osteoporosis:** Penyakit ini meningkatkan risiko fraktur dan dapat menyebabkan postur tubuh yang memburuk.
- c. **Artritis:** Peradangan sendi yang menyebabkan nyeri dan kekakuan, mengurangi kemampuan bergerak.

4. Sistem Pernapasan:

- a. **Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK):** Kondisi ini dapat menyebabkan sesak napas yang membatasi aktivitas fisik.

- b. **Pneumonia:** Infeksi paru yang dapat menyebabkan kelelahan dan kelemahan, mengurangi mobilitas sementara.

5. Penggunaan Obat-obatan:

- a. **Sedatif dan Hipnotik:** Obat-obatan ini dapat menyebabkan sedasi berlebihan dan gangguan keseimbangan.
- b. **Antidepresan:** Beberapa antidepresan dapat menyebabkan efek samping seperti kelelahan atau pusing.
- c. **Laksatif:** Penggunaan laksatif yang berlebihan dapat menyebabkan dehidrasi dan kelemahan.

Dengan melakukan pengkajian mendalam pada riwayat penyakit terdahulu dan penggunaan obat-obatan, perawat dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi mobilitas lansia. Informasi ini penting untuk merencanakan intervensi yang tepat guna meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi risiko komplikasi yang berkaitan dengan imobilitas.

5.2.3 Kemampuan pada fungsi motorik

Pada pemeriksaan kemampuan fungsi motorik, perawat dapat melakukan pengkajian terhadap ekstremitas atas (tangan) dan ekstremitas bawah (kaki) untuk mengidentifikasi penurunan fungsi, kelemahan, maupun kekakuan. Berikut adalah langkah-langkah yang dapat diambil selama pengkajian:

Pengkajian Ekstremitas

1. Inspeksi:

- a. Perhatikan adanya atrofi otot, deformitas, atau pembengkakan.
- b. Amati kulit untuk melihat tanda-tanda seperti kemerahan, memar, atau perubahan warna.

2. Palpasi:

- a. Rasakan adanya nyeri tekan, pembengkakan, atau peningkatan suhu pada sendi.
- b. Periksa kekuatan genggam tangan dengan meminta pasien meremas tangan perawat.

3. *Range of Motion (ROM)*:

- a. Minta pasien untuk melakukan gerakan sendi tangan seperti menekuk dan meluruskan siku, mengangkat lengan, serta pergerakan pergelangan tangan dan jari.
- b. Bandingkan gerakan di kedua sisi untuk melihat adanya asimetri atau keterbatasan gerak.

4. Kekuatan Otot:

- a. Uji kekuatan otot dengan meminta pasien melakukan gerakan melawan tahanan (resistance), seperti mengangkat lengan melawan tekanan dari perawat atau meremas jari perawat.
- b. Gunakan skala kekuatan otot (0-5) untuk menilai kekuatan:
 - 0: Tidak ada kontraksi otot
 - 1: Kontraksi otot terlihat, tetapi tidak menghasilkan gerakan
 - 2: Gerakan dengan gravitasi yang dihilangkan
 - 3: Gerakan melawan gravitasi
 - 4: Gerakan melawan sedikit tahanan
 - 5: Gerakan melawan tahanan penuh

Observasi Tambahan

1. Keseimbangan dan Koordinasi:

- a. Minta pasien untuk berjalan beberapa langkah dan perhatikan keseimbangan serta koordinasi gerak.
- b. Uji keseimbangan dengan meminta pasien berdiri dengan satu kaki (jika aman) atau melakukan tes Romberg (berdiri dengan mata tertutup).

2. Refleks:

Periksa refleks tendon dalam (misalnya refleks patela dan refleks Achilles) untuk mengevaluasi fungsi saraf motorik.

Dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap fungsi motorik ekstremitas atas dan bawah, perawat dapat mengidentifikasi penurunan fungsi, kelemahan, atau kekakuan yang mungkin mempengaruhi kemampuan mobilitas lansia. Hasil pengkajian ini dapat digunakan untuk merencanakan intervensi

yang sesuai, seperti fisioterapi atau latihan khusus untuk memperbaiki atau mempertahankan fungsi motorik.

5.2.4 Kemampuan pada fungsi mobilitas

Pada pemeriksaan kemampuan fungsi mobilitas, perawat dapat melakukan pengkajian dengan menilai kemampuan lansia dalam melakukan berbagai aktivitas perubahan posisi dan perpindahan tanpa bantuan. Berikut adalah langkah-langkah yang dapat diambil selama pengkajian:

Langkah-langkah Pengkajian Mobilitas

1. Perubahan Posisi dari Berbaring ke Duduk
2. Perubahan Posisi dari Duduk ke Berdiri
3. Berjalan
4. Perubahan Posisi dari Berdiri ke Duduk
5. Pindah dari Tempat Tidur ke Kursi atau Sebaliknya

Dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kemampuan mobilitas lansia, perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan pasien dan mengembangkan rencana perawatan yang tepat untuk meningkatkan kualitas hidup mereka.

5.2.5 Kemampuan pada rentang gerak

Pada pemeriksaan kemampuan rentang gerak (*Range of Motion/ROM*), perawat dapat melakukan penilaian dengan mengamati dan mengukur kemampuan lansia untuk menggerakkan bahu, lengan, siku, panggul, dan kaki. Berikut adalah langkah-langkah untuk melakukan pengkajian ROM

Aspek yang Dinilai :

- Rentang Gerak Aktif (Active ROM)
- Rentang Gerak Pasif (Passive ROM)
- Nyeri
- Keterbatasan Gerak

Dengan pengkajian ROM yang komprehensif, perawat dapat mengidentifikasi masalah pada mobilitas sendi dan merencanakan intervensi yang sesuai untuk membantu lansia meningkatkan atau mempertahankan kemampuan fungsional mereka.

5.2.6 Intoleransi aktivitas

Pada pengkajian intoleransi aktivitas, perawat dapat mengevaluasi berbagai faktor yang dapat menyebabkan intoleransi aktivitas. Fokus utama pengkajian ini adalah pada gangguan pada sistem pernapasan dan sistem kardiovaskular. Berikut adalah langkah-langkah yang dapat diambil selama pengkajian:

Pengkajian Sistem Pernapasan

1. Respiration Rate (Frekuensi Pernapasan)
2. Gas Blood Analysis (Analisis Gas Darah)
3. Retraksi Dada
4. Sekret dan Batuk Produktif
5. Suara Napas

Pengkajian Sistem Kardiovaskular

1. Tekanan Darah
2. Nadi
3. Sirkulasi Perifer
4. Thrombus
5. Perubahan Tanda Vital Setelah Aktivitas

Dengan pengkajian yang komprehensif terhadap faktor-faktor yang dapat menyebabkan intoleransi aktivitas, perawat dapat mengidentifikasi masalah yang mendasari dan merencanakan intervensi yang tepat untuk membantu pasien meningkatkan toleransi aktivitas mereka.

5.2.7 Kekuatan otot lansia dan gangguan pada system koordinasi

Pada pemeriksaan kekuatan otot dan koordinasi pada lansia, penting untuk mengevaluasi berbagai faktor yang mempengaruhi kemampuan mereka dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Berikut adalah langkah-langkah dan aspek yang perlu diperhatikan selama pengkajian:

Pengkajian Kekuatan Otot

1. Pengukuran Kekuatan Otot (*Muscle Strength Grading Scale*)
Pengkajian Koordinasi dan Keseimbangan
2. Observasi Gait (Cara Berjalan)

3. Tes Keseimbangan : Romberg Test & Tandem Walking.
4. Pemantauan dan Pencegahan Risiko Jatuh

Dengan pengkajian yang menyeluruh dan intervensi yang tepat, perawat dapat membantu lansia meningkatkan kekuatan otot, koordinasi, dan keseimbangan, yang pada gilirannya dapat mengurangi risiko jatuh dan cedera serta meningkatkan kualitas hidup mereka.

5.2.8 Psikologis

Pengkajian psikologis pada lansia melibatkan penilaian berbagai aspek emosional, perilaku, dan mekanisme koping. Hal ini penting untuk mendeteksi gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, atau gangguan perilaku lainnya.

Dengan pengkajian yang menyeluruh dan intervensi yang tepat, perawat dapat membantu lansia mengatasi masalah psikologis dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

5.2.9 Status fungsional

Pengkajian status fungsional pada lansia bertujuan untuk menilai tingkat kemandirian mereka dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activities of Daily Living/ADL*) dan aktivitas instrumental kehidupan sehari-hari (*Instrumental Activities of Daily Living/IADL*).

5.2.10 Sistem metabolic

Pada pengkajian fungsi pencernaan, Hal yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu: mengukur antropometrik untuk mengevaluasi atrofi otot, mengukur intake dan output asupan makanan lansia serta dari data laboratorium untuk melihat balance cairan dan elektrolit, jumlah kadar serum protein, mengevaluasi fungsi penyembuhan luka untuk mengevaluasi apakah ada perubahan pada transport nutrisi, dan mengikuti pola eliminasi lansia guna mengidentifikasi perubahan fungsi pencernaan yang dapat menjadi penyebab ketidakmampuan lansia melakukan aktivitas.

5.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dari Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tahun 2016, berikut adalah diagnosa keperawatan yang relevan untuk masalah sleep dan activity pada lansia:

1. Gangguan Pola tidur
2. Intoleransi aktivitas
3. Keletihan
4. Gangguan mobilitas fisik
5. Risiko Intoleransi aktivitas
6. Kesiapan meningkatkan tidur

5.4 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dari DPP PPNI (2018), berikut adalah intervensi keperawatan yang digunakan untuk masalah sleep & activity pada lansia berdasarkan diagnosa yang telah ditentukan:

1. Gangguan Pola Tidur

Intervensi Keperawatan:

a. Pengelolaan Lingkungan Tidur (SIKI: I.5.2)

- 1) Mengatur pencahayaan dan kebisingan di kamar tidur agar kondusif untuk tidur.
- 2) Menciptakan lingkungan yang nyaman dengan menggunakan kasur dan bantal yang sesuai.

b. Edukasi Tidur (SIKI: E.3.1)

- 1) Mengajarkan teknik relaksasi sebelum tidur seperti pernapasan dalam atau meditasi.
- 2) Menyediakan informasi tentang pentingnya rutinitas tidur yang teratur.

c. Manajemen Nyeri (SIKI: I.5.4)

- 1) Menilai dan mengelola nyeri yang mungkin mengganggu tidur dengan teknik non-farmakologis atau farmakologis sesuai kebutuhan.

d. Pengaturan Aktivitas Harian (SIKI: I.5.6)

- 1) Mendorong aktivitas fisik yang teratur pada siang hari untuk meningkatkan kualitas tidur malam.

- 2) Membatasi tidur siang agar tidak terlalu lama dan mengganggu tidur malam.

Luaran Keperawatan (SLKI):

Kualitas Tidur (L.3.1)

- 1) Skor kualitas tidur meningkat.
- 2) Durasi tidur malam bertambah.
- 3) Penurunan frekuensi terbangun di malam hari.

2. Intoleransi Aktivitas

Intervensi Keperawatan:

a. Manajemen Aktivitas (SIKI: I.5.3)

- 1) Membantu pasien merencanakan aktivitas harian yang sesuai dengan kemampuan fisiknya.
- 2) Menyediakan periode istirahat yang cukup di antara aktivitas.

b. Latihan Terstruktur (SIKI: I.6.1)

- 1) Mengajarkan latihan fisik ringan seperti berjalan atau latihan kekuatan otot sesuai kemampuan pasien.
- 2) Memonitor respons tubuh pasien terhadap latihan fisik yang diberikan.

c. Edukasi Aktivitas (SIKI: E.3.2)

- 1) Memberikan informasi tentang pentingnya aktivitas fisik dan cara melakukannya dengan aman.
- 2) Mengajarkan teknik pemanasan sebelum beraktivitas dan pendinginan setelah beraktivitas.

Luaran Keperawatan (SLKI):

Toleransi Aktivitas (L.4.1)

- 1) Penurunan tingkat kelelahan setelah aktivitas.
- 2) Peningkatan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
- 3) Stabilitas tanda vital setelah aktivitas fisik.

3. Risiko Jatuh

Intervensi Keperawatan:

a. Pencegahan Jatuh (SIKI: I.4.1)

- 1) Mengidentifikasi faktor risiko jatuh di lingkungan pasien.

- 2) Mengajarkan cara berjalan yang aman dan penggunaan alat bantu jalan yang sesuai.

b. Modifikasi Lingkungan (SIKI: I.4.2)

- 1) Menyediakan pencahayaan yang memadai di area yang sering dilalui pasien.
- 2) Menghilangkan benda-benda yang dapat menyebabkan tersandung atau jatuh.

c. Latihan Keseimbangan (SIKI: I.6.2)

- 1) Mengajarkan latihan keseimbangan dan koordinasi untuk meningkatkan stabilitas tubuh.
- 2) Menggunakan alat bantu seperti parallel bars atau kursi untuk mendukung latihan.

Luaran Keperawatan (SLKI):

• **Risiko Jatuh (L.5.1)**

- 1) Penurunan insiden jatuh.
- 2) Peningkatan keseimbangan dan stabilitas saat berjalan.
- 3) Penggunaan alat bantu jalan yang sesuai dengan benar.

4. Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi Keperawatan:

a. Latihan Mobilitas (SIKI: I.6.3)

- 1) Mengajarkan dan mendampingi pasien dalam latihan mobilitas sendi dan otot.
- 2) Memonitor perkembangan mobilitas pasien secara berkala.

b. Manajemen Nyeri (SIKI: I.5.4)

- 1) Mengelola nyeri yang mengganggu mobilitas dengan teknik non-farmakologis atau farmakologis.
- 2) Menyediakan alat bantu yang dapat mengurangi beban pada sendi yang sakit.

c. Edukasi Mobilitas (SIKI: E.3.3)

- 1) Memberikan informasi tentang pentingnya mobilitas dan cara mempertahankannya.
- 2) Mengajarkan teknik bergerak yang aman dan efektif untuk mengurangi risiko cedera.

Luaran Keperawatan (SLKI):

- **Mobilitas Fisik (L.6.1)**

- 1) Peningkatan kemampuan dalam bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari.
- 2) Penurunan keluhan nyeri yang mengganggu mobilitas.
- 3) Peningkatan kekuatan dan fleksibilitas otot.

Contoh Dokumentasi Intervensi Keperawatan

Diagnosa: Gangguan Pola Tidur

a. Intervensi:

- 1) Mengatur lingkungan tidur yang kondusif (pencahayaannya dan kebisingan minimal).
- 2) Mengajarkan teknik relaksasi sebelum tidur.
- 3) Mendorong aktivitas fisik di siang hari.

b. Evaluasi:

- 1) Pasien melaporkan tidur lebih nyenyak dan lebih lama.
- 2) Skor kualitas tidur meningkat dari 5 menjadi 8.

Diagnosa: Intoleransi Aktivitas

a. Intervensi:

- 1) Membantu merencanakan aktivitas harian yang sesuai dengan kemampuan.
- 2) Mengajarkan latihan fisik ringan seperti berjalan.
- 3) Menyediakan periode istirahat yang cukup.

b. Evaluasi:

- 1) Pasien mampu melakukan aktivitas harian tanpa kelelahan berlebihan.
- 2) Stabilitas tanda vital setelah aktivitas meningkat.

Dengan mengacu pada SIKI dan SLKI, intervensi keperawatan yang tepat dapat disusun untuk mengatasi masalah tidur dan aktivitas pada lansia, sehingga dapat meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup mereka.

5.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap di mana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan kesehatan yang telah ditetapkan. Tahap ini melibatkan tindakan langsung oleh perawat dan kolaborasi dengan lansia serta keluarga untuk memastikan bahwa intervensi yang direncanakan dijalankan dengan efektif. (SIKI dan SLKI DPP PPNI, 2018)

5.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahapan penting dalam proses keperawatan yang berfungsi untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan. Pada tahap ini, perawat akan menilai perkembangan pasien terhadap tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan secara berkelanjutan untuk memastikan bahwa tujuan asuhan keperawatan tercapai dan, jika diperlukan, untuk mengubah rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Olfah, Yustiana & Abdul Ghofur. 2016. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan : Dokumentasi Keperawatan. Jakarta : Kemenkes RI.
- Setiati S. 2019. Geriatric Medicine, Sarkopenia, Frailty, dan Kualitas Hidup Pasien Usia Lanjut: Tantangan Masa Depan Pendidikan, Penelitian dan Pelayanan Kedokteran di Indonesia. *eJournal Kedokt Indones*. 1(3).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. 'Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia'. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. 'Standar Intervensi Keperawatan Indonesia'. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018 'Standar Luaran Keperawatan Indonesia'. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Zhang, H. et al. 2019. A dose-response association of night sleep duration with hypertension in a Chinese rural population : the Henan Rural Cohort Study", *Journal of the American Society of Hypertension*. Elsevier Inc, 12(12). 867-879.e3. doi: 10.1016/j.jash.2018.10.005.

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA DENGAN MASALAH INKONTINENSIA

Oleh Abdullah Azam Mustajab

6.1 Pendahuluan

Perubahan menjadi tua atau lansia merupakan suatu fase kehidupan yang pasti dialami oleh setiap manusia. Lansia merupakan seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas akan mengalami proses penuaan (aging proses) mengakibatkan terjadi perubahan fisik maupun mental (Maryam dkk, 2012). Pada lansia, terjadi perubahan anatomi dan fisiologis yang signifikan yang disebabkan karena berkurangnya jumlah dan kemampuan sel tubuh. Hal ini menyebabkan banyaknya masalah kesehatan yang dialami oleh lansia yang diantaranya presbiopi, diabetes melitus, hipertensi, asma, osteoarthritis, osteoporosis, kanker, gangguan keseimbangan, kecepatan berjalan, gangguan psikological dan kognitif (dimensia dan depresi) serta inkontinensia urin (Jaul and Barron, 2017).

Setelah membaca materi ini, bila diberikan data kasus lansia (individu, keluarga, kelompok) dengan masalah bio-psiko-sosial dan spiritual karena proses menua, mahasiswa atau perawat mampu menyusun asuhan keperawatan (pengkajian, analisis data, merumuskan dua diagnosis dan merencanakan intervensi keperawatan) pada lanjut usia dengan masalah inkontinensia urin.

6.2 Masalah Inkontinensia Urin

6.2.1 Definisi

Menurut *International Association of Urinary Incontinence* (ICS), inkontinensia urin adalah setiap kebocoran urin yang tidak terkendali (Peate, 2019). Inkontinensia urin adalah suatu kondisi yang terdiri dari gejala penyimpanan, berkemih, dan pasca

berkemih yang sering terjadi pada lansia, prevalensinya meningkat seiring bertambahnya usia (Shaw and Wagg, 2021). Inkontinensia urin pada lansia terkait dengan saluran kemih bagian bawah termasuk penurunan kapasitas kandung kemih dan perasaan penuh, penurunan tingkat kontraksi otot detrusor, penurunan kekuatan otot dasar panggul, dan peningkatan volume urin residu (Alpoim et al., 2012).

6.2.2 Penyebab

Penyebab inkontinensia urin diklasifikasikan menjadi dua macam yaitu inkontinensia akut atau transien dan inkontinensia urin menetap atau kronis atau persisten. Inkontinensia urin akut didefinisikan sebagai durasi empat bulan atau kurang dan diklasifikasikan sebagai inkontinensia sementara dikarenakan gejala yang ditimbulkan bersifat sementara dan gejala akan hilang apabila penyakit dasar telah sembuh. Adapun penyebab inkontinensia akut disingkat dengan kata DIAPPERS menurut Resnick (1995) dan Abrams et al. (2002), yang akan dijelaskan sebagai berikut:

1. D (*Delirium*) atau kebingungan
Delirium merupakan kondisi berkurangnya kesadaran baik karena pengaruh obat atau operasi. Inkontinensia adalah fitur sekunder dan sembuh setelah delirium membaik. Penyebab umum delirium termasuk kondisi medis akut seperti stroke, infeksi, nyeri, patah tulang, obat-obatan, perubahan lingkungan, pasca-operasi.
2. I (*Infection*)
infeksi saluran kemih seperti *cystitis* dan *urethritis* bisa menyebabkan iritasi kandung kemih, sehingga timbul frekuensi, disuria dan urgensi yang menyebabkan seseorang tidak mampu mencapai toilet untuk berkemih.
3. A (*Atrophic Urethritis* atau *Vaginitis*)
Atrophic Urethritis atau *Vaginitis* menyebabkan iritabilitas lokal dan berkontribusi pada inkontinensia urin. Jaringan yang teriritasi dapat menyebabkan timbulnya inkontinensia urin urgensi.

4. P (*Pharmaceuticals*)
Pharmaceuticals disebabkan karena obat-obatan yang dikonsumsi seperti Antikolinergik, diuretik, antidepresan, antipsikotik, obat penenang/hipnotik, pengobatan anti-Parkinson.
5. P (*Psychological Disorder*)
Psychological Disorder merupakan kondisi stress, ansietas dan depresi.
6. E (*Excessive Urin Ouput*)
Excessive Urin Ouput dikarenakan Diabetes Insipidus, kelebihan asupan cairan, diuretik termasuk alkohol dan minuman berkafein, gagal Jantung, edema perifer.
7. R (*Restricted Mobility*)
Restricted Mobility terjadinya penurunan kondisi fisik yang mengganggu mobilitas untuk mencapai toilet. Bisa juga dikarenakan kondisi Imobilitas akibat penggunaan restrain, nyeri, artritis ekstremitas bawah dan penurunan fungsi.
8. S (*Stool Impaction*)
Stool Impaction dikarenakan pengaruh tekanan feses pada saat konstipasi akan mengubah posisi kandung kemih dan menekan sistem saraf.

Ketika durasi inkontinensia urin lebih dari empat minggu dan sering terjadi kelainan pada saluran kemih bagian bawah. Terdapat empat jenis pada inkontinensia menetap atau kronis (persisten) yang mempunyai gejala terus menerus dan menetap, yaitu aktivitas berlebihan detrusor, inkontinensia stres, obstruksi saluran keluar kandung kemih dan aktivitas detrusor kurang. Pada beberapa pasien, mungkin merupakan kombinasi lebih dari satu jenis, yang disebut inkontinensia urin campuran (LIM, 2017).

6.2.3 Perubahan Fisiologis Terkait dengan Penuaan pada Saluran Kemih Bagian Bawah

Inkontinensia urin meningkat seiring bertambahnya usia. Penuaan dikaitkan dengan perubahan pada saluran kemih bagian bawah yang mempengaruhi lansia untuk inkontinensia urin. Seiring bertambahnya usia, kapasitas dan kontraktilitas kandung kemih

berkurang, dengan berkurangnya kemampuan untuk menunda berkemih begitu dorongan untuk melakukannya muncul. Volume residu urin pasca berkemih meningkat seiring bertambahnya usia. Selama fase penyimpanan, detrusor (otot pada kandung kemih) menunjukkan peningkatan kontraktilitas tanpa hambatan (Ouslander, 1997).

Di antara wanita pasca menopause lanjut usia, otot-otot panggul menunjukkan hilangnya volume dan tonus. Dukungan jaringan ligamen dan jaringan ikat untuk organ panggul secara bertahap gagal karena penuaan. Dasar panggul yang melemah meningkatkan risiko prolaps organ panggul yang menyebabkan sistokel, rektokel, dan prolaps uterus. Prolaps organ panggul stadium 3-4 dapat menyebabkan inkontinensia urin. Dasar panggul yang melemah juga memungkinkan uretra hypermobile meluncur ke bawah selama peningkatan tekanan intraabdominal secara tiba-tiba (Doumouchtsis and Chrysanthopoulou, 2013).

Di antara pria lanjut usia, diperkirakan bukti histologist *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) terdapat pada 90% pria pada usia 80 tahun. Meskipun BPH identik dengan penuaan, namun tidak berkorelasi langsung dengan pembesaran prostat. Gejala Saluran Kemih Bagian Bawah (*Lower Urinary Tract Symptoms/LUTS*) yang terdiri dari gejala berkemih dan penyimpanan yang umum di antara pria lanjut usia dan bertambah parah seiring bertambahnya usia. Pembesaran prostat menyebabkan obstruksi outlet kandung kemih dengan gejala berkemih dan penyimpanan. Hubungan antara LUTS dan BPH pada pria lanjut usia bersifat temporal dalam onset tetapi tidak berhubungan secara kausal. Diagnosis banding LUTS pada pria lanjut usia meliputi penyebab urologis dan fungsional seperti gangguan neurologis, diabetes mellitus dan striktur uretra (Lepor, 2005).

6.2.4 Jenis-Jenis Inkontinensia Urin

Menurut PERKINA (2018) dan PPNI (2017) inkontinensia urin terdapat beberapa jenis, yaitu:

1. Inkontinensia urin tekanan atau stress

Inkontinensia urin stress merupakan kebocoran urin mendadak dan tidak dapat dikendalikan karena aktivitas yang

meningkatkan tekanan intraabdomen. Ditandai dengan keluarnya urin diluar kehendak, berhubungan dengan meningkatnya tekanan abdomen disaat bersin, batuk atau tekanan fisik lainnya. Pada inkontinensia jenis ini, otot panggul yang lemah membuat urin keluar. Inkontinensia urin tekanan atau stress merupakan jenis inkontinensia yang paling umum, sering terjadi pada wanita yang lansia, sudah melahirkan dan menopause. Penyebab tidak bisa menahan kencing pada inkontinensia jenis ini dikarenakan kandung kemih dan otot uretra mengalami tekanan ekstra secara tiba-tiba sehingga air kencing keluar tanpa disadari.

2. Inkontinensia urin desakan atau urgensi

Inkontinensia urin desakan atau urgensi merupakan keluarnya urin tidak terkendali sesaat setelah keinginan yang kuat untuk berkemih atau kebetul. Ditandai dengan keluarnya urin diluar kehendak yang diawali oleh desakan berkemih. Dorongan untuk BAK akan datang tiba-tiba tetapi penderita tidak bisa menahan kencing disaat yang sama sehingga menyebabkan mengompol. Penyebabnya bisa non-neurogenik (misal adanya batu, tumor, infeksi kandung kemih) atau neurogenik (misal berhubungan dengan kelainan saraf).

3. Inkontinensia urin campuran atau *mixed*

Inkontinensia urin *mixed* merupakan gabungan dari inkontinensia urin urgensi dan inkontinensia urin stress. Kondisi ini ditandai dengan keluarnya urin diluar kehendak yang diawali dengan desakan berkemih dan juga berkaitan dengan bersin, batuk atau tekanan fisik lainnya.

4. Inkontinensia urin luapan atau *overflow*

Inkontinensia urin *overflow* merupakan keluarnya urin diluar kehendak yang disebabkan karena luapan urin yang berkaitan oleh sumbatan dibawah kandung kemih atau kelemahan otot destrusor kandung kemih. Inkontinensia urin *overflow* terjadi karena ketidakmampuan tubuh dalam mengosongkan kandung kemih sepenuhnya atau tidak dapat menampung urin sehingga terjadi kebocoran urin. Kondisi ini lebih sering dialami pria yang mempunyai masalah prostat. Penderita mungkin harus

sering BAK atau dapat mengalami kondisi dimana urin terus menetes dari uretra.

5. Inkontinensia urin terus menerus atau kontinu
Inkontinensia urin kontinu merupakan pengeluaran urin tidak terkendali dan terus menerus tanpa distensi atau perasaan penuh pada kandung kemih. Pada kasus ini, terdapat gangguan kontinuitas jaringan saluran kemih dan genetalia.
6. Inkontinensia urin fungsional
Inkontinensia urin fungsional merupakan pengeluaran urin tidak terkendali karena kesulitan dan tidak mampu mencapai toilet pada waktu yang tepat. Inkontinensia urin fungsional terjadi ketika individu dengan fungsi kandung kemih dan uretra normal mengalami kesulitan untuk pergi ke toilet sebelum BAK. Misalnya pada orang dengan masalah gangguan mobilitas, defisit kognitif dan gangguan mental.

6.2.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala masalah inkontinensia urin menurut PERKINA (2018) dan (NIDDK, 2021), sebagai berikut:

1. Mengompol atau rembesan urin pada saat melakukan aktivitas sehari-hari, dipicu dengan menagngkat beban, membungkuk atau melakukan olahraga.
2. Tidak mampu menahan kencing setelah terjadi dorongan kuat untuk BAK yang muncul tiba-tiba.
3. Urin bocor tanpa tanda-tanda atau dorongan BAK
4. Tidak dapat mencapai toilet tepat waktu
5. Mengompol dikala tidur
6. Ketidakmampuan mengosongkan kandung kemih seperti mencedan, pancaran urin lemah, tidak tuntas dan kandung kemih terasa penuh pada kondisi inkontinensia urin luapan atau *overflow*.

6.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada penderita inkontinensia urin dapat diberikan intervensi farmakologis dan non-farmakologis, intervensi tersebut meliputi:

1. Farmakologis

Pilihan obat yang dapat diberikan pada pasien inkontinensia urin yaitu golongan antimuskarinik. Terdapat tujuh antimuskarinik seperti oxybutinin, tolterodine, fesoterodine, solifenacin, derifenacin, propiverine dan trospium chloride. Apabila pasien tidak dapat mentoleransi antimuskarinik, bisa diberikan mirabegron yang merupakan beta antagonis. Pilihan lainnya dengan memberikan duloxetine dan pemberian estrogen pada pasien wanita dengan indikasi (IAUI, 2022).

2. Non-farmakologis

Intervensi ini tidak bersifat kuratif tetapi aman dan reversibel. Namun, agar pengobatan perilaku menjadi manjur, diperlukan partisipasi lansia dengan dukungan dari *caregiver* atau pengasuh.

a. Terapi modalitas

Terapi modalitas bisa dilakukan pada lansia yang didukung oleh pengasuh menurut Wagg et al. (2015) dengan cara sebagai berikut:

- 1) Membuat *bladder diary*, termasuk waktu berkemih, jumlah berkemih, jenis cairan yang tertelan dan apakah pasien dapat mencapai toilet tepat waktu.
- 2) Kencing terjadwal melibatkan toileting lansia dengan interval tetap. Tidak ada upaya untuk mendidik pasien atau memperkuat perilaku. Kencing terjadwal sangat membantu untuk mengurangi episode mengompol, terutama dengan mengacu pada *bladder diary* dengan mendahului episode inkontinensia urin.
- 3) Anjuran berkemih di mana manula diminta jika mereka memiliki kebutuhan untuk menggunakan toilet, dan memungkinkan individu untuk meminta kunjungan ke toilet untuk mengurangi episode inkontinensia.
- 4) Menggabungkan *toileting* dengan mobilitas dan latihan penguatan ke dalam rutinitas toileting. Ini mungkin bermanfaat bagi manula yang tidak termotivasi untuk bergerak, menggunakan

perjalanan ke toilet sebagai kesempatan untuk berolahraga dan berjalan.

- b. *Bladder training* merupakan pelatihan kandung kemih yang berguna untuk pasien dengan inkontinensia urin urgensi dan frekuensi untuk mengurangi frekuensi berkemih dan untuk meningkatkan kapasitas kandung kemih. Hal ini dapat ditambah dengan kontraksi otot dasar panggul secara sadar, teknik relaksasi dan distraksi untuk menunda berkemih dengan secara bertahap meningkatkan interval waktu antara berkemih. Pelatihan kandung kemih efektif dalam mengurangi episode inkontinensia hingga 57% (Fantl et al., 1991). Namun, pada lansia dengan demensia, mungkin tidak efektif karena menunda berkemih dapat menyebabkan agitasi dan kegelisahan karena ketidaknyamanan (LIM, 2017).
- c. *Pelvic floor exercises* (Latihan dasar panggul) juga dikenal sebagai latihan Kegel dan efektif untuk inkontinensia urin stres, desakan, dan inkontinensia campuran. Latihan kegel merupakan kontraksi otot dasar yang berfungsi untuk menguatkan otot dasar panggul dengan mempengaruhi ukuran serat otot levator ani tipe II sehingga terjadi penguatan pada otot tersebut. Hal ini sangat bermanfaat untuk memperkuat fungsi otot sfingter uretra pada kandung kemih (Cammu et al., 2004).
- d. Modifikasi gaya hidup: Modifikasi jumlah cairan, waktu asupan cairan, dan jenis cairan dapat membantu mengatasi inkontinensia. Asupan cairan yang berlebihan dapat menyebabkan kandung kemih penuh, inkontinensia, dan nokturia. Namun, pembatasan cairan yang berlebihan dapat meningkatkan risiko dehidrasi. Kafein bersifat diuretik dan mengiritasi kandung kemih yang menyebabkan peningkatan tekanan kandung kemih dan iritabilitas detrusor (Arya et al., 2000; Goode et al., 2010).

- e. Kateterisasi untuk aktivitas detrusor merupakan strategi perawatan utama untuk kandung kemih dengan kontraktile yang buruk adalah kateterisasi intermiten yang bersih. Obat dengan aktivitas parasimpatis tidak banyak digunakan karena efikasi yang buruk dan profil efek samping yang buruk (van Koeveeringe et al., 2011).

6.3 Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan Gerontik

Pengkajian yang dilakukan pada pasien lansia yang mengalami masalah inkontinensia urin, sebagai berikut:

- a. Keluhan utama: pasien mengatakan terdapat rembesan urin atau mengompol atau tidak dapat menahan kencing setelah terasa dorongan kuat BAK yang muncul tiba-tiba dan nokturia.
- b. Riwayat obat-obatan yang dikonsumsi, merokok dan konsumsi alkohol.
- c. Riwayat penyakit Diabetes mellitus, obesitas dan penyakit gangguan saraf.
- d. Pengkajian kekuatan otot panggul
- e. Pengkajian distensi kandung kemih dan residu urin
- f. Pola asupan cairan setiap hari
- g. Pola eliminasi adanya masalah pada pengontrolan BAK
- h. Pemeriksaan fisik dilakukan *head to toe* terutama pada area genitalia pelvis dan tingkat kesadaran.
- i. Pemeriksaan penunjang:
 - 1) Kultur urin untuk mengetahui adanya infeksi pada saluran kemih
 - 2) Pemeriksaan glukosa darah untuk mengetahui status diabetes mellitus, dengan adanya peningkatan glukosa darah secara kronis bisa menyebabkan iritasi pada saraf dan organ kemih yang mengakibatkan inkontinensia.
 - 3) *Uroflowmetri* untuk mengukur aliran dan kekuatan aliran urin pada saat individu melakukan BAK.

- 4) *Uretrosistoskopi* merupakan pemeriksaan dengan memasukkan selang tipis dengan kamera dan lampu diujungnya ke dalam uretra.

2. Rencana Asuhan Keperawatan Gerontik

Data	SDKI	SLKI	SIKI
Data fokus pasien lansia yang mengalami masalah urinaria: - Mengompol - Tidak dapat menahan kencing setelah terasa dorongan kuat BAK - Berkemih tidak tuntas - Nokturia - Sering BAK - Distensi kandung kemih - Berkemih tidak tuntas - Kekuatan otot panggul menurun	Gangguan eliminasi urin (D.0040)	Eliminasi urin (L.04034) Kontinensia urin (L.04036) Kontrol gejala (L.14127) Status neurologis (L.06053) Tingkat infeksi (L.14137)	Dukungan perawatan diri: BAB/BAK (I.11349) Manajemen eliminasi urin (I.04152) Edukasi toilet training (I.12458) Kateterisasi urin (I.04148) Latihan otot panggul (I.07215) Pencegahan infeksi (I.14539) Pengontrolan infeksi (I.14451) Dukungan kepatuhan program pengobatan (I.12361) Manajemen cairan (I.03098)
	Inkontinensia urin fungsional (D.0044)	Kontinensia urin (L.04036) Ambulasi (L.05038) Eliminasi urin	Latihan berkemih (I.04149) Perawatan inkontinensia

Data	SDKI	SLKI	SIKI
		(L.04034) Keamanan lingkungan rumah (L.14126) Kontrol gejala (L.14127) Koordinasi pergerakan (L.05041) Perawatan diri (L.11103) Status neurologis (L.06053) Tingkat ansietas (L.09093) Tingkat delirium (L.09095) Tingkat pengetahuan (L.12111)	urin (I.04163) Dukungan perawatan diri: BAB/BAK (I.11349) Manajemen eliminasi urin (I.04152) Manajemen inkontinensia urin (I.04154) Edukasi latihan berkemih (I.12388) Promosi latihan fisik (I.05183) Terapi aktivitas (I.05186) Manajemen medikasi (I.14517)
	Inkontinensia urin urgensi (D.0047)	Kontinensia urin (L.04036) Eliminasi urin (L.04034) Kontrol gejala (L.14127) Perawatan diri (L.11103) Tingkat infeksi (L.14137)	Latihan berkemih (I.04149) Perawatan inkontinensia urin (I.04163) Dukungan perawatan diri: BAB/BAK (I.11349) Edukasi toilet training (I.12458) Kateterisasi urin (I.04148)

Data	SDKI	SLKI	SIKI
			Manajemen eliminasi urin (I.04152) Manajemen inkontinensia urin (I.04154) Perawatan kateter urin (I.04164) Manajemen medikasi (I.14517)
	Inkontinensia urin stress (D.0046)	Kontinensia urin (L.04036) Eliminasi urin (L.04034) Kontrol gejala (L.14127)	Latihan otot panggul (I.07215) Perawatan inkontinensia urin (I.04163) Dukungan perawatan diri: BAB/BAK (I.11349) Edukasi toilet training (I.12458) Manajemen eliminasi urin (I.04152) Manajemen inkontinensia urin (I.04154) Perawatan kateter urin (I.04164) Dukungan kepatuhan program pengobatan (I.12361)

Data	SDKI	SLKI	SIKI
			Manajemen lingkungan (I.14514) Pengontrolan infeksi (I.14451)

STUDI KASUS:

Perawat C sedang berjaga di sebuah rumah sakit di ruang rawat geriatrik, perawat sedang merawat Tn. J berumur 70 tahun mengeluh badan terasa lemah, pasien mengatakan sudah 2 minggu lalu sering ngompol terutama saat batuk, tertawa dan di kala tidur. Pasien memiliki riwayat prostatektomi dan tidak mengalami masalah dimensia. Perawat C memeriksa kondisi pasien didapati tercium bau pesing dari pakaian pasien, pakaian bagian bawah pasien terlihat basah, perawat melakukan pemeriksaan pada area genetalia dan panggul.

Pemeriksaan penunjang:

1. Kultur urin
2. USG
3. PVR (*post-void residual measurement*)

Masalah keperawatan yang dirumuskan:

1. Gangguan inkontinensia urin
2. Inkontinensia urin urgensi
3. Inkontinensia urin stress

Perencanaan Perawatan:

Perencanaan perawatan dilakukan mengatasi masalah gangguan sistem urinari yang dialami oleh Tn. J. Perawat C melakukan perencanaan perawatan dan intervensi, sebagai berikut:

1. Perawat mengajarkan pasien *bladder training*. Tujuannya berguna untuk pasien dengan inkontinensia urin urgensi dan frekuensi untuk mengurangi frekuensi berkemih dan untuk meningkatkan kapasitas kandung kemih.
2. Mengkombinasikan *toileting* dengan mobilitas dan latihan penguatan ke dalam rutinitas *toileting*. Tujuannya

bermanfaat bagi pasien yang tidak termotivasi untuk bergerak, menggunakan perjalanan ke toilet sebagai kesempatan untuk berolahraga dan berjalan.

3. Latihan kegel yang bertujuan untuk menguatkan otot dasar panggul yang bermanfaat untuk memperkuat fungsi otot sfingter uretra pada kandung kemih.
4. Modifikasi jumlah cairan, waktu asupan cairan, dan jenis cairan yang bertujuan untuk membantu mengatasi inkontinensia.
5. Pemasangan kateter bertujuan untuk membantu mengosongkan kandung kemih.
6. Kolaborasi pemberian terapi obat antimuskarinik atau mirabegron atau duloxetine.

Evaluasi:

Perawat C melakukan evaluasi perkembangan kondisi Tn. J setelah diberikan perawatan selama beberapa hari tentang kemampuan pasien dalam mengontrol berkemihnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., 2002. The standarisation of terminology of lower urinary tract function: report from standarisation sub-commuittee of the international continance society. *Neurourol Urodyn* 21, 167–78.
- Alpoim, P.N., DeBarros, P.M., Junqueira, D.R., Freitas, L.G., das Carvalho, M., Gracas, A.P., Fernández, 2012. Preeclampsia and ABO blood groups: a systematic review and metaanalysis. *Mol Biol Rep* 40, 2253–61.
- Arya, L.A., Myers, D.L., Jackson, N.D., 2000. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obs. Gynecol* 96, 85–9. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)00808-5](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(00)00808-5)
- Cammu, H., Nylen, M. Van, Blockeel, C., Kaufman, L., Amy, J.-J., 2004. Who will benefit from pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 191, 1152–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.05.012>
- Doumouchtsis, S.K., Chrysanthopoulou, E.L., 2013. Urogenital consequences in ageing women. *Best Pr. Res Clin Obs. Gynaecol* 27, 699–714.
- Fantl, J.A., Wyman, J.F., McClish, D.K., Harkins, S.W., Elswick, R.K., Taylor, J.R., Hadley, E.C., 1991. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 265, 609–13.
- Goode, P.S., Burgio, K.L., Richter, H.E., Markland, A.D., 2010. Incontinence in older women. *JAMA* 303, 2172–81.
- IAUI, 2022. Inkontinensia urin [WWW Document]. *iaui.or.id*. URL https://iaui.or.id/public-section/article_inkontinensia (accessed 2.12.23).
- J. G. Ouslander, 1997. Aging and the lower urinary tract. *Am J Med Sci* 314, 214–218.
- Jaul, E., Barron, J., 2017. Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population. *Front. Public Heal.*
- Lepor, H., 2005. Pathophysiology of Lower Urinary Tract Symptoms in the ageing male population. *Rev Urol* 7, S3–S11.

- LIM, S.C., 2017. Managing the Elderly with Urinary Incontinence and Dementia. *Int. Arch. Urol. Complicat.* 3. <https://doi.org/10.23937/2469-5742/1510027>
- Maryam, R.S., Dkk, 2012. *Mengenal usia lanjut dan perawatannya*. Salemba Medika, Jakarta.
- NIDDK, 2021. Symptoms and Causes of Bladder Control Problems (Urinary Incontinence) [WWW Document]. www.niddk.nih.gov. URL <https://www.niddk.nih.gov/health-information/urologic-disease/bladder-control-problems/symptoms-causes> (accessed 2.12.23).
- Peate, I., 2019. Urinary incontinence in women: treatment recommendations. *Br J Nurs* 28, 1486–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.22.1486>
- PERKINA, 2018. *Panduan tatalaksana inkontinensia urin pada dewasa*, Edisi 2. ed. Ikatan Ahli Urologi Indonesia, Jakarta.
- PPNI, 2017. *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: definisi dan indikator diagnostik*. Persatuan Perawat Nasional Indonesia, Jakarta.
- Resnick, N.M., 1995. Urinary incontinence. *Lancet* 346, 94–99.
- Shaw, C., Wagg, A., 2021. Urinary and Faecal Incontinence in Older Adults. In *Medicine (United Kingdom)*. Elsevier 49, 44–50. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.012>
- van Koevinge G A, Vahabi, B., Andersson, K.E., Kirschner-Herrmans, R, M, O., 2011. Detrusor underactivity: A plea for new approaches to a common bladder dysfunction. *Neurourol Urodyn* 30, 723–728.
- Wagg, A., Gibson, W., Ostaszkiwicz, J., Johnson, T., Markland, A., Palmer, M.H., Kuchel, G., Szonyi, G., Kirschner-Hermanns, R., 2015. Urinary incontinence in frail elderly persons: Report from the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn* 34, 398–406. <https://doi.org/10.1002/nau.22602>

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN LANJUT USIA DENGAN MASALAH KATARAK DAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORIK

Oleh Hendri Tamara Yuda

7.1 Pendahuluan

Gangguan penglihatan menjadi salah satu masalah kesehatan di Indonesia. Katarak menjadi sebagian besar gangguan penglihatan yang dialami. Katarak adalah suatu kondisi di mana lensa mata menjadi keruh. Biasanya katarak akan terjadi seiring bertambahnya usia. Katarak bervariasi dalam tingkat keparahan dan disebabkan oleh sejumlah keadaan, termasuk cacat bawaan, kecelakaan, dan obat-obatan tertentu. Usia menyumbang hingga 90% dari kasus katarak, dengan cacat traumatis dan bawaan juga berperan.(Astari, 2018).

Perubahan degeneratif atau pengurangan fungsi sel, adalah perubahan fisik yang dialami lansia. Sistem pernapasan, kardiovaskular, muskuloskeletal, gastrointestinal, urogenital, endokrin, integumen, pendengaran, dan penglihatan adalah beberapa sistem organ yang fungsinya akan dipengaruhi oleh proses penurunan secara keseluruhan. Gangguan pada sistem penglihatan adalah salah satu perubahan tubuh yang semakin memburuk seiring bertambahnya usia (Azwar, 2016)

Katarak adalah penyakit mata yang didefinisikan dengan lensa mata keruh yang menyebabkan gangguan penglihatan pada orang tua. (Ilyas, 2016). Katarak adalah penyakit mata degeneratif yang sering dialami oleh lansia. Semakin usia bertambah, lensa mata berubah menjadi keruh dan buram. Apabila tidak ditangani dengan benar dan berkala, katarak akan menyebabkan terjadinya kebutaan pada mata.

Menurut angka WHO, hingga 45 juta orang di seluruh dunia buta atau tunanetra. Di antara negara-negara di Asia Tenggara dengan tingkat kebutaan tertinggi adalah Indonesia. Afghanistan memiliki 9,09% populasi dengan gangguan penglihatan berat dan sedang; Nepal memiliki 8,17%; Laos memiliki 7,71%; Eritrea memiliki 7,66%; dan Pakistan memiliki 7,54% dari keseluruhan populasi dengan gangguan penglihatan. Sementara itu, Amerika Serikat, Cina, Indonesia, Pakistan, dan India adalah lima negara di mana gangguan penglihatan paling sering terjadi. (Ismandari, 2018)

Menurut statistik nasional dari Survei Kebutuhan *Rapid Assessment of Avoidable Blindness* (RAAB) Kementerian Kesehatan 2014-2016, yang menargetkan populasi berusia 50 tahun ke atas, tingkat kebutaan adalah 3%, dengan katarak menyumbang sebagian besar kebutaan (81%). Tahun 2018, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia memaparkan data bahwa sebesar 7,77% kebutaan disebabkan oleh katarak. Sedangkan pada penduduk usia 50 tahun ke atas prevalensi kebutaan akibat katarak sebesar 1,9% (Ismandari, 2018). Provinsi Jawa Tengah memiliki 2,7% kejadian kebutaan, dengan katarak menyumbang 73,8% dari kasus. (Kemenkes RI, 2018)

Komplikasi kebutaan pada lansia dapat memiliki pengaruh pada kesejahteraan fungsional dan psikologis. Dampak pada status fungsional adalah lansia yang buta akibat katarak akan mengalami penurunan aktivitas hidup sehari-hari (Azizah, 2018). Sedangkan efek psikologis bagi lansia akan menurunkan harga dirinya. Sindrom ini membuat sulit bagi lansia untuk menerima status mereka, membuat mereka merasa rendah diri dan malu karena mereka percaya bahwa mereka tidak lagi ideal, dan membuat mereka merasa gugup ketika bertemu orang baru. Sindrom ini menyebabkan lansia membutuhkan waktu untuk menyesuaikan diri dan menerima keadaan. (Orizani, 2017).

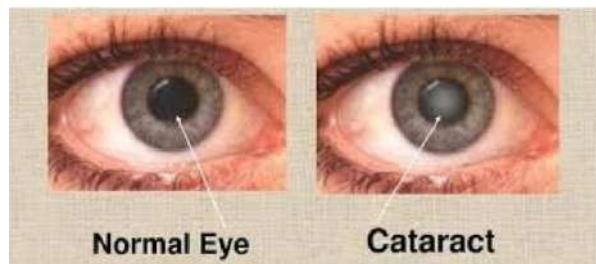
7.2 Definisi Katarak

Katarak ditandai sebagai kekeruhan pada lensa mata. Katarak berasal dari kata Yunani *cataracta*, yang berarti air terjun. Hal ini memungkinkan penderita katarak untuk merasakan sesuatu yang tertutup oleh air terjun di depan matanya. Katarak memaksa

cahaya untuk mengandalkan bola mata, mengakibatkan gangguan penglihatan dan kebutaan (Ilyas, 2014)

Keruh lensa dalam kasus katarak mengubah bayangan gambar yang digambarkan pada retina. Katarak adalah salah satu penyebab paling umum dari kehilangan kesehatan bertahap Tingkat stabilitas akibat katarak ditentukan oleh lokasi dan kepadatan opacity (Indriana and Istiqomah, 2012)

Menurut definisi yang diberikan, katarak adalah kekeruhan lensa mata yang menyebabkan kehilangan penglihatan progresif.



Gambar 7.1. Mata Katarak dan Normal
Sumber : (Ayuni, 2020)

7.3 Etiologi Katarak

Berbagai faktor yang dapat menyebabkan katarak menurut (Ilyas, 2014) dan (Olver and Lorraine, 2011) antara lain : Lanjut usia, genetik, cedera mata, terpapar sinar ultraviolet, riwayat pembedahan mata, pola makan yang tidak sehat dan kurang vitamin, factor lingkungan yang mempercepat pembentukan katarak (merokok, alcohol), penyakit diabetes.

7.4 Klasifikasi Katarak

Klasifikasi katarak berdasarkan usia menurut (Suhardjo and Agni, 2012)

1. Katarak senilis

Seiring bertambahnya usia, lensa menjadi kabur dan lebih tebal, dan kemampuan akomodasinya menurun. Ini termasuk katarak jenis senilis. 90% dari semua katarak adalah jenis katarak senilis.

2. Katarak kongenital

Katarak kongenital sepertiga kasusnya disebabkan karena keturunan, sepertiganya diakibatkan oleh penyakit sistemik, dan sisanya dikarenakan factor idiopatik.

7.5 Patofisiologi Katarak pada Lansia

Usia atau penuaan dapat menyebabkan korteks mengembangkan serat lensa baru, yang dipaksa menuju pusat, menyebabkan lensa melebar, transparansi menghilang, dan kekeruhan terjadi. Cahaya yang masuk tidak mencapai retina, membuat gambar kurang jelas di malam hari. (Tamsuri, 2016).

Genetika, yang menghasilkan anomali kromosom, mengubah kualitas serat lensa. Serat lensa didenaturasi dan dikoagulasi, menghasilkan lensa kabur dan katarak. Diabetes mellitus dapat mengumpulkan sorbitol di lensa, menyebabkannya berkabut. Lensa kabur menyebabkan cahaya yang masuk ke kornea menjadi semu. Selanjutnya, otak muncul sebagai bayangan kabur, oleh karena itu penglihatan menjadi buram. (Kemenkes, 2019)

7.6 Manifestasi klinis

Menurut Menurut (Black and Hawks, 2014) indikasi dan gejala yang mungkin dihadapi penderita katarak adalah sebagai berikut:

1. Penglihatan berkabut/buram.
2. Penglihatan terkadang ganda
3. Sensitivitas terhadap cahaya (fotofobia)
4. Terdapat bayangan seperti pelangi
5. Warna cahaya yang ditangkap cenderung memudar dan berubah warna.
6. Lebih nyaman dalam kondisi redup.

7.7 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang diagnostik yang disiapkan dalam pemeriksaan pasien katarak menurut (Nugraha, 2018) yaitu :

1. Kartu mata snellen untuk mengukur ketajaman dan sentral penglihatan pasien katarak
2. Tes Lapang pandang penglihatan.

3. Test provokatif
4. Pemeriksaan oftalmoskopi.
5. Pengukuran tonografi.
6. Pemeriksaan sel darah lengkap, dan laju sedimentasi (LED)
7. Test toleransi glukosa/FBS

7.8 Penatalaksanaan Medis Pasien Katarak

Penatalaksanaan medis untuk katarak yang paling relevan adalah tindakan bedah. Tindakan bedah katarak ditujukan untuk mengoptimalkan fungsi penglihatan. (Cantor, Rapuano and Cioffi, 2015).

Menurut (Suhardjo and Agni, 2012),Indikasi medis untuk operasi katarak termasuk komplikasi seperti glaukoma fakolitik, glaukoma fakomorfik, uveitis fakoantigenik, dislokasi lensa ke ruang depan, dan katarak yang sangat padat sehingga menghalangi pandangan gambar fundus, yang dapat menghambat diagnosis retinopati diabetik atau glaukoma.

Macam Tindakan Pembedahan pada katarak yaitu :

3. Ekstraksi Katarak Intrakapsuler (EKIK)

EKIK adalah jenis operasi katarak yang melibatkan pengangkatan lensa dan kapsul secara keseluruhan. EKIK membutuhkan peralatan sederhana dan dapat dilakukan dalam berbagai situasi. (Cantor, Rapuano and Cioffi, 2015)

4. Ekstraksi Katarak Ekstrakapsuler (EKEK) konvensional

Prosedur ini melibatkan pembedahan mengganti lensa yang keruh dengan lensa intraokular. Prosedur ini memiliki banyak manfaat, seperti luka sayatan yang lebih kecil, yang membuat luka lebih stabil dan aman, astigmatisme yang lebih kecil, dan penyembuhan luka yang lebih cepat.(Suhardjo and Agni, 2012)

5. *Small Incision Cataract Surgery (SICS)*

Teknik EKEK merupakan suatu teknik pembedahan dengan irisan sangat kecil (7-8 mm) dan hampir tidak memerlukan jahitan, teknik ini dinamai SICS. Dikarenakan irisan yang sangat kecil, penyembuhan relatif lebih cepat dan risiko astigmatisme lebih kecil dibandingkan dengan EKEK konvensional. SICS dapat mengeluarkan nukleus lensa secara

utuh atau dihancurkan. (Suhardjo and Agni, 2012; Cantor, Rapuano and Cioffi, 2015)

6. Fakoemulsifikasi

Prosedur fakoemulsifikasi memiliki berbagai keunggulan, antara lain penyembuhan luka yang lebih cepat, penglihatan yang lebih baik, dan tidak adanya astigmatisme pasca operasi. Pendekatan operasi katarak ini telah menjadi banyak pilihan paling populer di negara-negara maju. (Cantor, Rapuano and Cioffi, 2015)

7.9 Pengkajian Keperawatan

Menurut (Tamsuri, 2011) pada pasien katarak terdapat pengkajian fokus yang dilakukan diantaranya yaitu :

1. Terdapat keluhan penurunan ketajaman penglihatan pasien, serta pandangan berkabut/buram.
2. Riwayat kesehatan Lalu : Kaji pasien apakah mempunyai riwayat penyakit mata, konsumsi obat – obatan kortikosteroid, mempunyai penyakit bawaan seperti diabetes mellitus, glukoma, hipotiroid dan uveitis, riwayat pembedahan pada mata, dan terdapat trauma pada mata
3. Kaji riwayat kelainan mata pada keluarga.
4. Pemeriksaan fisik mata
 - a. Ditemukan kekeruhan pada lensa.
 - b. Pasien mengeluh pandangan berkabut dan buram.
 - c. Terjadi miopia atau penurunan ketajaman pada pasien.
 - d. Ditemukan tanda dan gejala glaukoma karena komplikasi.
5. Fokus pengkajian pada pasien pasca operasi katarak, antara lain:
 - a. Data subjektif
Kaji keluhan nyeri, mual, pusing kepala, diaphoresis, riwayat jatuh. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang regimen terapeutik, kenyamanan lingkungan dan sistem pendukung pasien.
 - b. Data obyektif
Pengkajian pada tanda-tanda vital pasien, respon terhadap nyeri baik verbal atau non verbal, tanda

dan gejala infeksi, kaji ketajaman penglihatan, resiko jatuh pada pasien, dan kaji tingkat pengetahuan pasien dalam kesiapan menyerap informasi.

7.10 Diagnosa Keperawatan Pada Lansia dengan Katarak

1. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan: katarak. (D.0085)
Definisi Diagnosa Keperawatan:
Perubahan persepsi stimulasi baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi
2. Risiko Jatuh (D0143)
Definisi diagnosa Keperawatan:
Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.
3. Risiko Cedera (D0136)
Definisi Diagnosa Keperawatan :
Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik

7.11 Intervensi Keperawatan pada Lansia dengan Katarak

1. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan: katarak.
Intervensi Keperawatan berdasarkan SIKI:
Minimalisasi rangsangan (I. 08241)
 - a. Observasi
Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan pada klien
 - b. Terapeutik
 - 1) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori
 - 2) Batasi stimulus lingkungan

- 3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat
- 4) Kombinasikan prosedur atau tindakan dalam satu waktu (sesuai kebutuhan)
- c. Edukasi
Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi, kebisingan, membatasi kunjungan)
- d. Kolaborasi
 - 1) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur atau tindakan
 - 2) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus.

2. Resiko Jatuh

Intervensi Keperawatan berdasarkan SIKI:

Pencegahan Jatuh (I.14540)

- a. Observasi
 - 1) Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
 - 2) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
 - 3) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)
 - 4) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika diperlukan
 - 5) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
- b. Terapeutik
 - 1) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
 - 2) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
 - 3) Pasang handrail tempat tidur
 - 4) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

- 5) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
 - 6) Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)
 - 7) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
- c. Edukasi
- 1) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 - 2) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 - 3) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
 - 4) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
 - 5) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI:

Edukasi pencegahan jatuh (I.12407)

- a. Observasi
 - 1) Identifikasi gangguan kognitif dan fisik yang memungkinkan jatuh
 - 2) Periksa kesiapan, kemampuan menerima informasi dan persepsi terhadap risiko jatuh
- b. Terapeutik
 - 1) Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko jatuh di rumah sakit maupun di rumah
 - 2) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga
 - 3) Berikan kesempatan untuk bertanya
- c. Edukasi
 - 1) Ajarkan mengidentifikasi perilaku dan faktor yang berkontribusi terhadap risiko jatuh dan cara mengurangi semua faktor risiko

- 2) Ajarkan mengidentifikasi tingkat kelemahan, cara berjalan dan keseimbangan – Anjurkan meminta bantuan saat ingin menggapai sesuatu yang sulit
- 3) Jelaskan pentingnya alat bantu jalan untuk mencegah jatuh seperti tongkat, walker ataupun kruk – Jelaskan pentingnya handrail pada tangga, kamar mandi dan area jalan di rumah
- 4) Anjurkan menghindari objek yang membuat anak-anak dapat memanjat (mis, lemari, tangga, kursi tinggi) – Ajarkan memodifikasi area-area yang membahayakan di rumah.

3. Resiko Cedera

Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI:

Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513)

a. Observasi

- 1) Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. Kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku)
- 2) Monitor perubahan status keselamatan lingkungan

b. Terapeutik

- 1) Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. Fisik, biologi dan kimia)
- 2) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko
- 3) Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Commode chair dan pegangan tangan)
- 4) Gunakan perangkat pelindung (mis. Pengekangan fisik, rel samping, risiko jatuh di rumah sakit maupun di rumah terkunci, pagar)
- 5) Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis. Puskesmas, polisi, damkar)
- 6) Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman
- 7) Lakukan program skrining bahaya lingkungan

c. Edukasi

Ajarkan individu, keluarga dan kelompok resiko tinggi bahaya lingkungan.

*“Maka apakah mereka tidak berjalan di muka bumi,
lalu mereka mempunyai hati yang dengan itu mereka dapat
memahami atau mempunyai telinga yang dengan itu mereka dapat
mendengar? Karena sesungguhnya bukanlah mata itu yang buta,
tetapi yang buta, ialah hati yang di dalam dada. “*
(QS. Al Hajj: 46)

DAFTAR PUSTAKA

- Astari, P. (2018) 'Katarak - Tinjauan Pustaka Astari', *Cermin Dunia Kedokteran*, 45(10), pp. 748–753.
- Ayuni, D.Q. (2020) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Post Op Katarak*. Padang: Pustaka Galeri Mandiri.
- Azizah, L.M. (2018) *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Azwar, A. (2016) *Penyakit Di Usia Tua*. Jakarta: EGC.
- Black, J.M. and Hawks, J.H. (2014) *Medical Surgical Nursing (Vol 2)*. . Jakarta: Salemba Medika.
- Cantor, L., Rapuano, C. and Cioffi, G. (2015) *Lens and cataract. 2014-2015 Basic and clinical Science course*. San Francisco: American Academy of Ophthalmology;
- Ilyas, S. (2014) *Ilmu Penyakit Mata (Edisi 5)*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Ilyas, S. (2016) *Ilmu Penyakit Mata*. 2nd edn. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Indriana, N. and Istiqomah (2012) *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Mata*. Jakarta : EGC.
- Ismandari, F. (2018) *Situasi Gangguan Penglihatan*. Jakarta.
- Kemenkes RI (2018) *Laporan Provinsi Jawa Tengah Riskesdas*. Jakarta.
- Nugraha, D.A. (2018) *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Penglihatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Olver, J. and Lorraine (2011) *At a Glance Oftalmologi* . Alih bahasa oleh : Huriawati H. Jakarta: Erlangga.
- Orizani, C.M. (2017) 'Self Acceptance dan Empowerment pada Pasien Katarak', *Jurnal Keperawatan*, 2(2), pp. 13–16.
- Suhardjo, S. and Agni, A. (2012) *Ilmu Kesehatan Mata, Edisi ke 2*. Yogyakarta: Departemen Ilmu Kesehatan Mata Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Tamsuri, A. (2011) *Klien Gangguan Mata & Penglihatan* . Jakarta: EGC.

BIODATA PENULIS



Epi Saptaningrum, S.Kep., Ners., M.Kes.
Dosen Program Studi Keperawatan Blora
Fakultas Keperawatan
Kemenkes Poltekkes Semarang

Propinsi Jawa Tengah, Kabupaten Blora adalah tanah kelahiran Penulis pada tahun 1974. Penulis saat ini aktif di bidang keperawatan Maternitas. Sebelumnya sempat berkecimpung di bidang keperawatan Jiwa dan keperawatan komunitas. Selain itu, saat ini juga mengampu psikologi dan metodologi penelitian. Pendidikan yang pernah ditempuh mulai dari Akkademi perawatan di UNIMUS, kemudian lanjut ke Sarjana keperawatan dan profesi Ners di Universitas Padjadjaran Bandung lalu lanjut pendidikan di Magister Kesehatan di Universitas Diponegoro Semarang. Pekerjaan sebagai dosen keperawatan telah didalami sejak tahun 1998. Sebelumnya, Buku ini adalah bagian dari kegiatannya mengabdikan diri dalam bidang Keperawatan Maternitas. Torehan pemikiran maupun cuplikan kata sederhana dalam buku ini, memberikan bukti kecintaannya untuk selalu mengembangkan diri dalam dunia penelitian, kesehatan. Pernah melakukan penelitian di Panti Wreda Rembang, Jawa Tengah.

BIODATA PENULIS



Dr. Utami, S.Kep.,Ns.,M.Kes

Dosen departemen IKM

Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia

Penulis lahir di Pemalang tanggal 13 September 1978. Penulis adalah dosen tetap pada Universitas Islam Indonesia Yogyakarta departemen IKM. Menyelesaikan pendidikan S1 pada program studi keperawatan UNAIR dan melanjutkan S2 pada Program studi administrasi kebijakan kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat UNAIR dan S3 program doktoral fakultas kedokteran UGM. Penulis menekuni bidang kesehatan Masyarakat dan pemberdayaan perempuan di Daerah Istimewah Yogyakarta.

BIODATA PENULIS



Maria Imaculata Ose S.Kep Ns, M.Kep

Dosen Program Studi S1 Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan

Lahir di Nunukan, Kalimantan Utara, Menyelesaikan Pendidikan SD, SMP, SMAK di Nunukan, Selanjutnya menamat Pendidikan DIII keperawatan di Akper Pemkot/ Universitas Borneo Tarakan tahun 2006. Pada Tahun 2006 menjadi tenaga magang di rumah sakit Nunukan 6 bulan dan berkerja diruang perawatan, ICU Nunukan sebelum melanjutkan program studi Ilmu Keperawatan (PSIK) dan Ners di Jurusan Keperawatan Universitas Brawijaya Malang FKUB. Setelah menyelesaikan program Ners penulis melanjutkan program magang Medik perawat IGD di Rumah Sakit Saiful Anwar pada Tahun 2010. Selanjutnya penulis bergabung di Universitas Borneo Tarakan sebagai dosen. Dan tahun 2014 penulis melanjutkan Pendidikan di S2 Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan gawat darurat dan selesai 2016. Dan Saat ini aktif menjadi dosen dengan status dosen tetap PNS di jurusan Keperawatan. Penulis mengampu matakuliah keperawatan gerontic dan melakukan penelitian maupun pengabdian di bidang keperawatan gerontic/lanjut Usia
#Email : onijuntak@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ns. Arif Hidayatullah, M. Kep., Sp. Kep. MB., FIHFAA., FISQua
Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan

Penulis lahir di Payaraman tanggal 21 Desember 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Indonesia Maju (UIMA). Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2007. Pendidikan profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2012. Melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah peminatan Neurologi pada tahun 2020. Penulis dari tahun 2002 sampai Juni 2023 bekerja di Rumah Sakit Haji Jakarta dengan jabatan terakhir sebagai Ketua Komite Keperawatan. Penulis juga aktif sebagai surveyor akreditasi Rumah Sakit, Puskesmas dan Klinik di Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI). Penulis juga sebagai *CEO* Klinik Mandiri Hidayatullah *Wound Care* dan *Komplementer Stroke Depok*. Penulis aktif juga sebagai instruktur pelatihan BTCLS di EMT 911 Jakarta dan HIPGABI DKI Jakarta. Aktif juga sebagai pengurus organisasi keperawatan, diantaranya: HIPGABI DKI Jakarta, BAPENA DKI Jakarta, DPD PPNI Jakarta Timur dan DPK PPNI Praktek Mandiri Perawat Depok. Penulis aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara. Motto penulis; Orang Lain Bisa Kita Juga Pasti Bisa.

Email : hidayatullaharief82@gmail.com

BIODATA PENULIS



Diana Pefbrianti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Program Studi Diploma Tiga Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan Martapura

Penulis lahir di Gunung Makmur tanggal 14 Juni 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Keperawatan STIKES Intan Martapura. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penulis menekuni bidang Menulis, dan editorial *online journal system*. Penulis berasal dari Martapura Kalimantan Selatan untuk diskusi lebih lanjut silakan hubungi dianapefbrianti38@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ns. Abdullah Azam Mustajab, S.Kep., M.Kep.

Dosen Program Studi Profesi Ners
FIKES UNSIQ Wonosobo

Penulis lahir di Kabupaten Demak menempuh pendidikan keperawatan mulai dari D3 Keperawatan di FIKES Universitas Sains Al-Quran (UNSIQ) Wonosobo, melanjutkan jenjang S1 dan Profesi Ners di Universitas Ngudi Waluyo (UNW) Ungaran-Semarang, dan melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro (UNDIP) Semarang. Saat ini penulis menjadi staff dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES) UNSIQ Jawa Tengah di Wonosobo.

Semoga sedikit yang saya tuliskan dalam buku ini bisa memberikan manfaat.

BIODATA PENULIS



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

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

Penulis lahir di Purbalingga, 28 Oktober 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Program Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan tahun 2007 serta Profesi Ners pada tahun 2008 di STIKES Muhammadiyah Gombong dan menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2014. Penulis merupakan dosen profesional dengan fokus keperawatan medikal bedah dan keperawatan gerontik. Penulis merupakan pengurus Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGRI) Provinsi Jawa Tengah. Penulis telah menerbitkan 4 buah buku bersama penulis lainnya, diantaranya Buku Analisa Situasi TBC (2018), Buku Ajar Kegawatan Kasus Trauma (2019), Tabel Top Disaster Dalam Bencana (2022) dan Keperawatan Perioperatif (2023).