



PC Surabaya



PC Regional V

Jatim , Bali, NTB, NTT



Pedoman Nasional Pelayanan Kesehatan

**PANDUAN KETERAMPILAN KLINIS
KESEHATAN MASYARAKAT,
KEDOKTERAN PENCEGAHAN dan
KEDOKTERAN KOMUNITAS**

bagi DOKTER di
Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

PDK3MI Pengurus Cabang Regional V

2019

**PANDUAN KETERAMPILAN KLINIS KESEHATAN
MASYARAKAT, KEDOKTERAN PENCEGAHAN dan
KEDOKTERAN KOMUNITAS
bagi DOKTER di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

Editor :

Dr. Lilik Djuari, dr., MKes., AKK, FISPH, FISC.M.
Subur Prajitno, dr., MS, AKK, FISPH, FISC.M.

Kontributor :

Arief Alamsyah, dr., MARS., Dipl.DK.
Azimatul Karimah, dr., SpKJ(K), FISC.M
Hj. Andiani, dr., MKes., CHt.
Dr. Budi Prasetyo, dr., SPOG., FISC.M.
Dewa Ayu Liona Dewi, dr., MKes., SpGK.
Diohar Nuswantoro, dr., MPH, AKK.
Dr. Farida Rusniana, dr., MKes (MARS), Dipl.DK., FISPH., FISC.M.
Dr. Lilik Djuari, dr., MKes., AKK, FISPH, FISC.M.
Linda Dewanti, dr., MS., MHSc., PhD., FISPH., FISC.M.
Dr. Margarita M. Maramis, dr., SpKJ(K), FISC.M.
Dr. Sri Umijati, dr., MKes.
Siti Pariani, dr., MS, MSc., PhD., FISPH, FISC.M.
Subur Prajitno, dr., MS, AKK, FISPH, FISC.M.
Dr. Widati Fatmaningrum, dr., MKes., SpGK., FISPH, FISC.M.
Wienta Diarsvitri, dr., MSc., PhD., FISPH., FISC.M.

Diterbitkan oleh :

PDK3MI Pengurus Cabang Regional V
(Jatim, Bali, NTB, NTT)
edisi pertama Juli 2019
ISBN : 978-602-50114-1-2

ISBN 978-602-50114-1-2



Hak cipta dilindungi Undang- Undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara
apapun tanpa ijin tertulis dari Penerbit.

KATA PENGANTAR



Undang-undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran pasal 49 mengatur bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya. Pasal 51 mengatur bahwa dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis pasien. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/X/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran pasal 3 bahwa Standar Pelayanan Kedokteran meliputi Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan SPO. PNPk sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Standar Pelayanan Kedokteran yang bersifat nasional dan dibuat oleh organisasi profesi serta disahkan oleh Menteri. SPO sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dan ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku, sudah dilakukan upaya untuk menjaga mutu praktik kedokteran, melalui kebijakan standarisasi praktik kedokteran. PNPk merupakan Standar Pelayanan Kedokteran yang bersifat nasional dan dibuat oleh organisasi profesi adalah buku Panduan Keterampilan Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer (PB-IDI, 2017), serta disahkan oleh Menteri berupa Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). PNPk disusun dari berbagai ilmu kedokteran, antara lain rumpun Ilmu Kesehatan Masyarakat – Ilmu Kedokteran Pencegahan – Ilmu Kedokteran Komunitas (IKM-IKP-IKK).

Dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran pasal 28 disebutkan bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang berpraktik wajib mengikuti Pendidikan dan Pelatihan Kedokteran atau kedokteran gigi Berkelanjutan (P2KKB) yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi dan Lembaga Lain yang diakreditasi oleh organisasi profesi dalam rangka penerapan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran atau kedokteran gigi. PDK3MI merupakan Perhimpunan Dokter Seminar (PDSm) dibawah Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Untuk mencapai tujuannya PDK3MI melakukan usaha antara lain meningkatkan ilmu dan keterampilan para anggota melalui kegiatan Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (P2KKB) berupa ceramah, seminar, pertemuan ilmiah, simposium, pelatihan atau kursus, dan lain-lain; serta mengusahakan penyebarluasan Ilmu Kedokteran Komunitas dan Ilmu Kesehatan Masyarakat serta perkembangannya melalui penerbitan berbentuk monogram, buku, risalah, majalah, dan media lainnya.

Dalam rangka memelihara pengetahuan dokter dalam fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) baik dokter praktik mandiri, klinik pratama, Puskesmas, maupun RS kelas D pratama, maka PDK3MI dan BKS-IKM-IKP-IKK-FKI Pengurus Cabang Regional V, bekerja sama dengan IDI Cabang Surabaya dan PKFI Cabang Surabaya menyelenggarakan P2KKB dan menyusun buku tentang Panduan Keterampilan Klinis bidang IKM-IKP-IKK. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi dokter di FKTP untuk digunakan sebagai acuan PNPk dan penyusunan SPO.

Surabaya 10 Juli 2019

PDK3MI Pengurus Cabang Regional V
(Jatim, Bali, NTB, NTT)

Subur Prajitno, dr., MS, AKK, FISPH, FISCM.

138. PEMBINAAN KESEHATAN LANJUT USIA

Dr. Lilik Djuari, dr., Mkes., AKK, FISPP, FISCM.

Tingkat Keterampilan : 4A

PENDAHULUAN

Penemuan penduduk merupakan kecenderungan global yang mewarnai abad milenium ini. Di seluruh dunia proporsi penduduk 60 tahun ke atas (lanjut usia) bertumbuh sangat cepat dibandingkan kelompok usia lainnya. Diperkirakan pertumbuhan proporsi lanjut usia dari tahun 2000 sampai 2025 menjadi dua kali lipat di seluruh dunia, dari 606 juta (10% dari total penduduk dunia) menjadi 1,2 miliar. Jumlah ini akan mencapai 22% dari total penduduk dunia pada tahun 2050 (United Nation 2003, 2006). Peningkatan persentase jumlah penduduk lanjut usia (*the ageing of elderly population*) terjadi di berbagai negara, di negara berkembang peningkatan presentase jumlah penduduk lanjut usia lebih besar daripada di negara maju. Pada tahun 2000 Indonesia menduduki urutan ke tiga persentase jumlah penduduk lanjut usia di Asia (Depkes RI, 2006).

Pembinaan kesehatan lanjut usia tidak dapat berdiri sendiri mengingat pada lanjut usia mengalami multipatologi dan penyebabnyaupun multifaktorial.

Pembinaan Kesehatan Lanjut Usia

Tujuan Pembinaan kesehatan usia lanjut adalah menjadi tua tetapi tetap sehat (*healthy aging*). *Healthy aging* akan dipengaruhi oleh faktor (Boedhi-Darmojo, 1994):

1) *Endogenic aging*, yang dimulai dengan *cellular aging*, lewat *tissue* dan *anatomical aging* ke arah proses penuaan organ tubuh, Proses ini seperti jam yang terus berputar

2) *Exogenic factor*, yang dapat dibagi dalam sebab lingkungan (*environment*) dimana seseorang hidup dan faktor sosial budaya yang paling tepat disebut gaya hidup (*life style*). Faktor *exogenic aging* disebut juga sebagai faktor risiko.

Untuk menuju *healthy aging* dibutuhkan pelayanan kesehatan yang komprehensif meliputi peningkatan mutu (*promoti*), pencegahan penyakit (*preveni*), pengobatan penyakit (*kuratif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*).

- *Promoti* : Edukasi tentang penerapan perilaku hidup bersih dan sehat, konsumsi gizi seimbang dan aktifitas sosial
- *Preventif* : Deteksi dini keadaan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan secara berkala dengan instrumen KMS Lanjut usia
- *Kuratif* : Pengobatan dengan pola multidisiplin untuk mencegah progresifitas penyakit, sesuai prinsip pengobatan rasional dengan mempertimbangkan gangguan fungsi
- *Rehabilitatif* : berupa upaya medis, psikososial dan edukatif

UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT PADA LANJUT USIA

Upaya pencegahan pada lanjut usia haruslah juga meliputi upaya perbaikan sosial ekonomi dan lingkungan.

Tabel 1. Penyakit dan Upaya Pencegahan pada Lanjut Usia

PENYAKIT	PENCEGAHAN
Hipertensi	Pengurangan garam pada makanan, penurunan berat badan
Penyakit kardio serebro vaskuler	Obati tekanan darah tinggi, berhenti merokok, turunkan berat badan, turunkan lemak dan kolesterol makanan, olahraga aerobik.
Kanker	Berhenti merokok, turunkan lemak makanan, turunkan makanan yang diawetkan dengan garam/pengasapan, minimalkan paparan radiasi
Penyakit Paru Obstruksi Kronik	Hentikan merokok
Diabetes Melitus type II	Turunkan berat badan, diet serupa dengan diet pada pencegahan penyakit arterosklerotik
Osteoporosis	Upayakan diet tinggi kalsium, olah raga teratur, berhenti merokok
Osteoarthritis	Turunkan berat badan
Kolelitiasis	Turunkan berat badan

Sumber : Hadi-Martono, 2009

Pencegahan primer

Upaya ini merupakan pencegahan yang sesungguhnya, karena merupakan pencegahan agar penyakit tidak terjadi. Secara umum upaya pencegahan primer ini tidak banyak berbeda dengan upaya yang dilakukan sebelum memasuki lanjut usia. Perbedaan hanya terletak pada jenis dan intensitas pelaksanaannya. Dalam kategori ini termasuk tindakan-tindakan sebagai berikut: 1) Menghentikan merokok ; 2) Latihan / Olah raga teratur ; 3) Imunisasi / suntikan pencegahan infeksi ; 4) Perbaikan Nutrisi; 5) Perumahan dan 6) Upaya perbaikan sosial-ekonomi dan lingkungan .

Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder adalah upaya penapisan dan pengobatan faktor risiko. Penapisan dengan cara deteksi dini penyakit sehingga memberi kesempatan untuk kesembuhan yang lebih besar dari progresifitas lebih lanjut. Upaya ini tentunya memerlukan ketramplanan diagnosis yang memadai bagi penderita lanjut usia yang gejala penyakitnya tidak serupa dengan populasi golongan umur lain. Oleh karena itu semua dokter, baik dokter umum maupun spesialis harus mengenali tata cara diagnosis yang disebut pemeriksaan geriatri, bagi penyakit-penyakit pada lanjut usia.

Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier dimaksudkan upaya deteksi penyakit dan atau disabilitas yang sudah terjadi pada penderita yang belum/tidak mendapatkan pengobatan atau dukungan yang memadai. Upaya tersebut diharapkan mengurangi risiko atau percepatan memburuknya penyakit, kekambuhan atau komplikasi dari penyakit tersebut (*Williamson, 1985*).

PEMERIKSAAN GERIATRI

(*Comprehensive Geriatric Assessment*)

Pemeriksaan geriatri diberikan batasan sebagai : "... suatu analisis multidisiplin yang dilakukan oleh seorang geriatrias atau suatu tim interdisipliner geriatri atas seorang penderita lanjut usia untuk

mengetahui kapasitas medis, fungsional, dan psiko-sosial agar dapat dilakukan penatalaksanaan menyeluruh dan berkesinambungan...". (Shaw et al, 1984; Mykyvta, 1992)

Pada dasarnya sebuah pemeriksaan lengkap geriatri yang baik haruslah dapat mengungkap kelainan terutama fungsional dari semua organ atau sistem penderita lanjut usia secara keseluruhan, bukan saja fungsi yang bersifat organ fisik, akan tetapi juga kejiwaan dan fungsi sosial penderita, untuk itu diperlukan pedoman sebagai berikut :

1) Anamnesis

- a) Identitas penderita : nama, alamat, umur, perkawinan, anak (jumlah, jenis kelamin dan berapa yang masih tinggal bersama penderita), pekerjaan, keadaan sosial ekonomi. Termasuk dalam bagian ini adalah anamnesis mengenai faktor risiko sakti, yaitu usia sangat lanjut (< 70 tahun), duda hidup sendiri, baru kematian orang terdekat, baru sembuh dari sakit/pulang operasi, gangguan mental nyata, menderita penyakit progresif, gangguan mobilitas, dan lain-lain.
- b) Anamnesis tentang obat : Obat yang diminum sebelum sakti atau yang diminum di rumah, baik yang berasal dari resep dokter atau yang dibeli bebas (termasuk jamu-janman).
- c) Penilaian sistem : Bagian ini berbeda dengan anamnesis penderita golongan umur lain, karena tidak berdasarkan "model medik" (tergantung pada keluhan utama). Keluhan pada lanjut usia tidak selalu menggambarkan penyakit yang diderita, seringkali justru memberikan keluhan yang tidak khas. Penilaian sistem dilakukan secara urut, misalnya mulai dari sistem syarat pusat, saluran nafas atas dan bawah dan seterusnya. Untuk mendapatkan jawaban yang baik, seringkali diperlukan heteroanamnesis dari orang/keluarga yang merawatnya sehari-hari :
- d) Anamnesis tentang kebiasaan yang merugikan kesehatan (merokok, mengunyah tembakau, minum alkohol, dan lain-lain)
- e) Anamnesis tentang berbagai gangguan yang terdapat : menelan, masalah gigi, gigi palsu, gangguan komunikasi/bicara, nyeri/gerak yang terbatas pada anggota badan, dan lain-lain.
- f) Kepribadian, perasaan hari, kesadaran dan afektif : konfusio, curiga/bermusuhan, mengembara, gangguan tidur atau keluhan malam hari, daya ingat, dan lain-lain. Apabila hasil dari anamnesis membingungkan atau mencurigakan, perlu dicatat untuk dilaksanakan pemeriksaan khusus kejiwaan atau bahkan konsultasi psiko-geriatrik.
- g) Riwayat tentang problema utama geriatri (sindroma geriatri) : pernah stroke, hipotensi ortostatik, jatuh, inkontinencia urini/alvi, demensia, dekubitus, patah tulang. Mengingat gangguan kesadaran/konfusio sering tidak terdiagnosis, maka pemeriksaan kesadaran dengan tes mental harus selalu dikerjakan.

Pemeriksaan fisik

- a) Pemeriksaan tekanan darah, harus dilaksanakan dalam keadaan tidur, duduk dan berdiri, masing-masing selang 1-2 menit, untuk melihat kemungkinan terdapatnya hipotensi ortostatik.
- b) Pemeriksaan fisik untuk menilai sistem: pemeriksaan organ dan sistem ini perlu disesuaikan dengan tingkat kemampuan pemeriksa/dokter. Bila yang melakukan perawatan, tentu saja tidak serinci dokter umum, yang pada gilirannya tidak serinci hasil pemeriksaan fisik oleh dokter spesialis. Yang penting adalah bahwa pemeriksaan secara sistem ini menghasikan temuan ada/tidaknya gangguan organ atau sistem (walaupun secara kasar). Pada pelaksanaannya dilakukan pemeriksaan fisik dengan urutan seperti pada anamnesis penilaian sistem, yaitu :
Pemeriksaan syaraf kepala
Pemeriksaan panca indera, saluran nafas atas, gigi mulut

- Pemeriksaan leher, kelenjar tiroid, bisping arteri karotis
- Pemeriksaan dada, paru-paru, jantung, dan seterusnya sampai pada pemeriksaan ekstremitas, refleks-refleks, kulit integumen.

3) Pemeriksaan tambahan

Pemeriksaan tambahan disesuaikan dengan kemampuan ekonomi penderita, tingkat keahlian pemeriksa (perawat/dokter umum/dokter spesialis), tetapi minimal harus mencakup pemeriksaan laboratorium sederhana lanjut usia. Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan adalah:

- a) Darah Rutin, meliputi Hemoglobin, Eritrosit, Leukosit, Trombosit, Hitung jenis
- b) Kimia darah, diantaranya Gula darah sewaktu
- c) Urin Rutin

Di negara industri maju, pemeriksaan yang dianggap rutin pada lanjut usia adalah

- Foto toraks, EKG

- Laboratorium : darah/urine/faeces rutin ; gula darah, lipid, fungsi hati, fungsi ginjal; fungsi tiroid (T₃, T₄, TSH) ; dan kadar serum B₆ , B₁₂

4) Pemeriksaan fungsi

Pelaksanaan pemeriksaan fungsi fisik dan psikis penderita dibagi beberapa jenis, yaitu :

- a) Aktivitas hidup sehari-hari (AHS) = *activity of daily living* (ADL), yang hanya memerlukan kemampuan tubuh untuk berfungsi sederhana (Kane et al, 1994): makan, berpakaian, bergerak/ambulasi, beralih tempat/transfer (dari tempat tidur dan WC), buang air kecil, berandan dan berkomunikasi

Tabel 2. Indeks ADL's Barthel

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Aktivitas Toilet	5	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur	5-10	15
4	Kebersihan diri, mencuci muka, menyisir rambut, menggosok gigi	0	5
5	Mandi	0	5
6	Berjalan di permukaan datar	10	15
7	Naik-turun anak tangga	5	10
8	Berpakaian	5	10
9	Mengontrol defekasi	5	10
10	Mengontrol berkemih	5	10
Total (maksimal 100)			

Penilaian:

0-20 : Ketergantungan

21-61 : Ketergantungan berat/ sangat tergantung

62-90 : Ketergantungan sedang

91-99 : Ketergantungan ringan

100 : Mandiri

Aktivitas hidup sehari-hari instrumental (AHS instrumental) = *Instrumental Activities of Daily Living* (*Instrumental ADL*), yang selain memerlukan kemampuan dasar, juga memerlukan berbagai koordinasi kemampuan otot, susunan syaraf yang lebih rumit, juga kemampuan berbagai organ kognitif lain (Kane et al, 1994): menulis, membaca, membersihkan rumah,

berbelanja, mencuci-setrika pakaian, naik-turun tangga, menggunakan telepon, menangani obat-obatan, menangani keuangan, mampu menangani pembayaran pembantu/pekerjaan luar rumah (misal berkebun), mampu pergi jauh (dengan kendaraan umum/keluar kota)

b) Kemampuan mental dan kognitif, terutama menyangkut fungsi intelek, memori lama dan memori tentang hal-hal yang baru saja terjadi. Pemeriksaan kemampuan mental/kognitif ini harus dianggap sebagai tanda vital, terutama untuk diagnosis dan monitor kemajuan penatalaksanaan terhadap konfusi. Salah satu cara untuk mengukur kemampuan mental dan kognitif pada lanjut usia dengan mendeteksi adanya demensia pada lanjut usia, menggunakan kuesioner AMT

Tabel 3. Kuesioner AMT

No	Pertanyaan	Skor
1.	Berapakah usia anda	
2.	Sekarang jam berapa ?	
3.	Diberi suatu alamat dan diperintahkan untuk menyebutkan ulang	
4.	Saat ini tahun berapa?	
5.	Sebutkan tempat anda berada saat ini	
6.	Sebutkan nama-nama orang yang diingat	
7.	Sebutkan tanggal kelahiran	
8.	Sebutkan (salah satu) tanggal dari peristiwa penting nasional	
9.	Sebutkan nama tokoh terkenal nasional	
10.	Hitung mundur dari 20 hingga 1	

Prosedur :

- dinilai 1 apabila jawaban benar, dan 0 bila jawaban salah.
- Dihitung total skor lakukan
- Bila skor ≤ 8 curiga ada penurunan kognitif saat dilakukan tes

c) Gangguan psikologis yang terering pada lanjut usia adalah depresi, untuk melakukan skrining adanya depresi pada lanjut usia digunakan *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Tabel 4. *Geriatric Depression Scale (GDS)*

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	Ya / Tidak
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	Ya / Tidak
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	Ya / Tidak
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya / Tidak
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Ya / Tidak
6	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya / Tidak
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	Ya / Tidak
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	Ya / Tidak
9	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru ?	Ya / Tidak
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibanding kebanyakan orang?	Ya / Tidak
11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?	Ya / Tidak
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	Ya / Tidak
13	Apakah anda merasa anda penut semangat?	Ya / Tidak
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya / Tidak

15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari pada anda?	Ya / Tidak
	Jumlah jawaban yang tercetak tebal	

Pilihlah jawaban yang paling tepat, yang sesuai dengan perasaan anda dalam satu minggu terakhir

Cara penghitungan:

- Setiap jawaban bercetak tebal mempunyai nilai 1
- Hitung jumlah jawaban yang tercetak tebal

Penilaian:

- Skor antara 5-9 menunjukkan kemungkinan besar depresi
- Skor 10 atau lebih menunjukkan depresi

Dari pemeriksaan ketiga fungsi tersebut diatas dapat ditentukan tiga tingkat kemampuan dari seorang penderita lanjut usia yaitu :

- 1) Kemampuan untuk melakukan kegiatan tersebut di atas tanpa bantuan orang lain
- 2) Kemampuan untuk melakukan kegiatan dengan sedikit bantuan
- 3) Sama sekali tidak mampu untuk melakukan kegiatan di atas tanpa bantuan orang lain

5) Pemeriksaan lingkungan

Pemeriksaan ini bisa dilakukan oleh dokter (misalnya waktu kunjungan rumah), walaupun sebaiknya dilaksanakan khusus oleh petugas sosio-medik anggota tim geriatri. Seperti telah dikatakan di atas, pemeriksaan lingkungan merupakan pemeriksaan yang cukup penting untuk dapat menentukan kemampuan berfungsi seorang lanjut usia. Pemeriksaan geriatri belum bisa dikatakan lengkap tanpa melakukan pemeriksaan ini.

Pelaksanaan pemeriksaan lingkungan ini sebenarnya dapat dilaksanakan dimana saja dengan menggunakan form yang telah tersedia, akan tetapi yang paling baik adalah melaksanakannya di rumah penderita. Selain menanyakan berbagai hal mengenai keadaan rumah, dapat dengan obyektif melihat keadaan rumah dan lingkungannya. Adanya hambatan, halangan bagi mobilitas penderita, keadaan penerangan di kamar mandi dan lain sebagainya. Selain itu menilai perilaku orang-orang yang ada di sekitarnya yang sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan mental lanjut usia seperti perlakuan yang salah terhadap lanjut usia (*mistrreatment/abuse*), dan menelantarkan lanjut usia (*neglected*) serta menilai potensi keluarga yang dapat dimanfaatkan untuk membantu pemulihan pasien.

6) Daftar masalah

Daftar masalah berisikan kesimpulan dari berbagai hasil pemeriksaan yang telah dikerjakan. Daftar masalah ini bersama-sama dengan temuan sumber daya ekonomi-sosial dari pemeriksaan lain kemudian dikembangkan untuk penatalaksanaan penderita oleh tim, guna pencapaian tujuan bersama baik jangka pendek atau jangka panjang.

Dapat diemukkan satu atau beberapa gangguan fisik (Karakter 1-11) dari 14 karakter geriatrik berikut:

- 1) *intellectual impairment* (gangguan fungsi kognitif);
- 2) *insomnia* (gangguan tidur);
- 3) *impairment of senses* (gangguan fungsi panca indera);
- 4) *immune deficiency* (gangguan sistem imun);
- 5) *infection* (infeksi);

- 6) *inanition* (gangguan gizi);
- 7) *impaction* (konstipasi);
- 8) *inkontinensia urin* (mengompol);
- 9) *impotence* (gangguan fungsi seksual)
- 10) *instabilitas postural* (jatuh dan patah tulang);
- 11) *immobilisasi* (berkurangnya kemampuan gerak);
- 12) *iatrogenik* (masalah akibat tindakan medis);
- 13) *isolation* (isolasi/menarik diri);
- 14) *impediminy* (berkurangnya kemampuan keuangan);

Enam dari 14 karakter tersebut (yakni: immobilisasi, *instabilitas postural*, *intellectual impairment* dalam hal ini delirium dan demensia, isolasi karena depresi, dan *inkontinensia urin*) merupakan kondisi-kondisi yang paling sering menyebabkan pasien geriatri harus dikelola lebih intensif yang sering dinamakan *geriatric giants*.

Selanjutnya dilakukan pengelompokan berdasarkan tingkat kemandirian dalam rangka penentuan tatalaksana.

Kelompok tersebut adalah:

- 1) Lanjut Usia sehat dan mandiri;
- 2) Lanjut Usia sehat dengan ketergantungan ringan;
- 3) Lanjut Usia sehat dengan ketergantungan sedang;
- 4) Lanjut Usia dengan ketergantungan berat/ total;
- 5) Lanjut Usia pasca-rawat (dua minggu pertama);
- 6) Lanjut Usia yang memerlukan asuhan nutrisi; atau
- 7) Lanjut Usia yang memerlukan pendampingan (memiliki masalah psiko-kognitif).

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

- Kelompok 1 dan 2 dapat langsung mengikuti Program Lanjut Usia berkala di fasyankes.
- Kelompok 3 dan 4 perlu mengikuti program layanan perawatan di rumah (*home care service*) dan bila perlu dapat melibatkan pelaku rawat/ pendamping (*caregiver*) atau dirujuk ke RS.
- Kelompok 5, 6, dan 7 dilakukan secara khusus dalam pengawasan dokter.

PEMERIKSAAN GERIATRI DI PELAYANAN DASAR

Pemeriksaan geriatri lengkap (*Comprehensive Geriatric Assessment*) pada dasarnya diperuntukkan bagi suatu tim geriatri yang berada di pusat geriatri lengkap. Pemeriksaan geriatri pada dokter di pelayanan kesehatan primer (puskesmas) dilakukan dengan cara yang lebih sederhana. Tatacara pemeriksaan di pelayanan kesehatan primer tersebut direkomendasikan oleh *American Geriatric Association dan American Association of Internal Medicine (AGS-AAIM)* (Laachs, Feinstein, Cooney et al, 1990) :

- 1) Ada/tidak gangguan penglihatan, dengan melakukan tes baca koran atau tes *Schnellen/modifikasi tes Schnellen* pada kedua mata
- 2) Gangguan pendengaran, dengan melakukan tes bisikan pada telinga kanan dan kiri
- 3) Fungsi anggota atas, dengan tes jabat tangan dan meminta penderita mengangkat tangan di belakang kepala (bergantian, kanan-kiri)
- 4) Fungsi anggota bawah dengan meminta penderita bangkit dari duduk dan berjalan
- 5) Fungsi aktivitas hidup sehari-hari (AHS) dasar dengan menanyakan apakah penderita bisa bangkit dari tempat tidur, makan dan mandi sendiri atau perlu bantuan

- 6) Fungsi AHS instrumental dengan menanyakan apakah penderita dapat berbelanja atau menyiapkan makan sendiri
- 7) Tentang kontinensia, ditanyakan apakah penderita sering ngompol atau ngobrok (berak tak terasa)
- 8) Status gizi penderita dilaksanakan dengan mengukur TB/BB
- 9) Kemungkinan depresi diperiksa dengan menanyakan apakah penderita sering sedih dan tertekan
- 10) Tentang dukungan sosial-ekonomi diperiksa dengan menanyakan ada atau tidak orang yang membantu biaya bila penderita sakit atau keadaan darurat lain
- 11) Status kognitif diperiksa dengan menyebutkan 3 obyek dan diminta mengulang setelah lima menit
- 12) Keterangan tentang lingkungan diperiksa dengan menanyakan ada tidak bahaya di sekitar rumah (anak tangga tinggi, penerangan kamar mandi/wc)

PEMERIKSAAN GERIATRI DI POSYANDU LANJUT USIA

Pelayanan kesehatan lanjut usia merupakan salah satu bentuk upaya pelayanan kesehatan di puskesmas yang menggalakan peran serta masyarakat dan menggalang kemitraan lintas sektor dalam bentuk kegiatan Posyandu Lanjut Usia. Kegiatan Posyandu Lanjut Usia meliputi pemeriksaan kesehatan fisik dan mental emosional dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) lanjut usia. Jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada lanjut usia di Posyandu Lanjut Usia adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan aktifitas kegiatan sehari-hari (*activity of daily living*).
- 2) Pemeriksaan status mental. Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional, dengan menggunakan pedoman metode 2 menit. Tidak menggunakan *abbreviated mental test* (AMT) untuk memeriksa adanya kepikunan, dan juga tidak menggunakan *geriatric depression test* (GDS) untuk memeriksa adanya depresi.
- 3) Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan dicatat pada grafik indeks massa tubuh (IMT)
- 4) Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensinometer dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
- 5) Pemeriksaan hemoglobin menggunakan *Talquist*, *Sahli* atau *Cuprisulfat*.
- 6) Pemeriksaan adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit diabetes mellitus
- 7) Pemeriksaan adanya protein dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal
- 8) Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas bilamana ada keluhan dan ditemukan kelainan pada pemeriksaan butir 1 hingga 7
- 9) Penyuluhan bisa dilakukan di dalam dan di luar Posyandu Lanjut Usia dalam rangka kunjungan rumah dan konseling kesehatan dan gizi sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu dan atau kelompok lanjut usia.
- 10) Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas puskesmas bagi anggota Posyandu Lanjut Usia yang tidak datang, dalam rangka kegiatan perawatan kesehatan masyarakat (*Public Health Nursing*)

Kegiatan lain yang dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi setempat :

- 1) Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Penyuluhan sebagai contoh makanan dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi lanjut usia serta menggunakan bahan makanan yang berasal dari daerah tersebut.
- 2) Kegiatan olahraga antara lain senam lanjut usia, gerak jalan santai, dan sebagainya untuk meningkatkan kebugaran.

Kecuali kegiatan pelayanan kesehatan seperti yang diratakan diatas, Posyandu Lanjut Usia dapat melakukan kegiatan non kesehatan di bawah bimbingan sektor lain, contohnya kegiatan kerohanian, arisan, kegiatan ekonomi produktif, forum diskusi, penyuluhan hobi dan lain-lain.

Untuk kelancaran pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia dibutuhkan sarana dan prasarana penunjang, antara lain :

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

Untuk memberikan pelayanan kesehatan yang prima terhadap lanjut usia di Posyandu Lanjut Usia, mekanisme pelaksanaan kegiatan sebaiknya digunakan sistem 5 tahapan (5 meja) seperti pada Tabel 5.

Tabel 5. Kegiatan kesehatan di Posyandu Lanjut Usia sistem 5 meja

Tahap	Kegiatan	Sarana	Pelaksana
I	Pendaftaran	- Meja, kursi - Alat tulis - Buku register, buku pencatatan kegiatan - KMS, BPPK lanjut usia	Kader
II	- Pencatatan kegiatan sehari-hari - Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan	- Meja, kursi - Alat tulis - KMS lanjut usia - BPPK lanjut usia - Timbangan badan - Meteran	Kader (BMI perlu bantuan petugas)
III	- Pengukuran tekanan darah - Pemeriksaan kesehatan - Pemeriksaan status mental	- Meja, kursi - Alat tulis - KMS - Stetoskop - Tensimeter - BPPK lanjut usia	Petugas (bisa dibantu kader)
IV	- Pemeriksaan Hb - Pemeriksaan Urine	- HB Tlquist, Sahli, Cuprisulfat - Combur test	Petugas kesehatan
V	- Penyuluhan - Konseling	- Meja, kursi - KMS - Leaflet - Poster - BPPK lanjut usia	Petugas kesehatan

Sumber : Depkes RI, 2005

Untuk melakukan deteksi dini lanjut usia terhadap penurunan ADL dikembangkan Kartu skor deteksi dini lanjut usia risiko tinggi terhadap penurunan ADL lanjut usia oleh Lilik Djuari sebagai berikut :

Tabel 6. Kartu Skor Deteksi Dini Lanjut Usia Risiko Tinggi

Variabel	Skor	Kunjungan ke						Ket
		1	2	3	4	5	6	
SINDROMA GERIATRİK								
Inkontinensi	15							Kacamata + / -
Gg. Penglihatan	15							Alat bantu dengar +/-
Gg. Pendengaran	4							
Demensia	15							
PENYAKIT								
Diabetes Mellitus	6							
Hipertensi	11							
Obesitas sentralis	6							
Anemia	3							
Depresi	9							
UMUR								
Umur 60-69 th	5							
Umur 70-79 th	10							
Umur ≥ 80 th	15							
JUMLAH SKOR								

Lanjut usia Risiko rendah bila skor 5-10 ; Risiko sedang bila skor 11-19 ; dan Risiko tinggi bila skor ≥20

Pedoman pengisian kartu skor deteksi dini lanjut usia risiko tinggi terhadap penurunan ADL:

1. Penurunan ADL: dalam kegiatan sehari-hari; lanjut usia mampu melakukan kegiatan di bawah ini tanpa bantuan orang lain :
 - 1) Mengendalikan buang air kecil
 - 2) Mengendalikan buang air besar
 - 3) Menggunakan jamban
 - 4) Mandi
 - 5) Berpakaian
 - 6) Berdandan
 - 7) Makan
 - 8) Pindah posisi dari tidur ke duduk
 - 9) Berjalan
 - 10) Naik turun tangga

Ya : Bila lanjut usia tidak mampu melakukan salah satu aktivitas tersebut
2. Inkontinensi :

Ya : bila lanjut usia tidak bisa menahan buang air kecil atau buang air besar (“ngompol atau ngebrok”)

3. Gangguan penglihatan :

Ya : bila lanjut usia tidak mampu membaca koran dengan jarak 30 cm dengan atau tanpa kaca mata

4. Gangguan pendengaran :

Ya : bila lanjut usia dengan pemeriksaan garpu tala (1024 hertz) yang di getarkan sudah tidak bisa mendengar padahal pemeriksa masih bisa mendengar

5. Demensia :

Ya : bila lanjut usia tidak mampu menjawab dengan benar semua atas pertanyaan dibawah ini

- 1) Umur ?
- 2) Waktu / jam sekarang ?
- 3) Alamat tempat tinggal ?
- 4) Tahun saat ini ?
- 5) Saat ini berada dimana ?
- 6) Mengenali orang lain ?
- 7) Tahun kemerdekaan ?
- 8) Nama Presiden RI ?
- 9) Tahun kelahiran anak terakhir ?
- 10) Menghitung terbalik dari 20 ke 1 ?

6. *Diabetes Mellitus* :

Ya : bila hasil pemeriksaan darah lanjut usia saat berpuasa ≥ 126 mg/dl

7. Hipertensi :

Ya : bila hasil pemeriksaan tekanan darah lanjut usia $\geq 140/90$ mmHg

8. Obesitas sentralis :

Ya : bila hasil pengukuran lingkaran perut lanjut usia laki-laki ≥ 90 cm atau ≥ 80 cm untuk perempuan

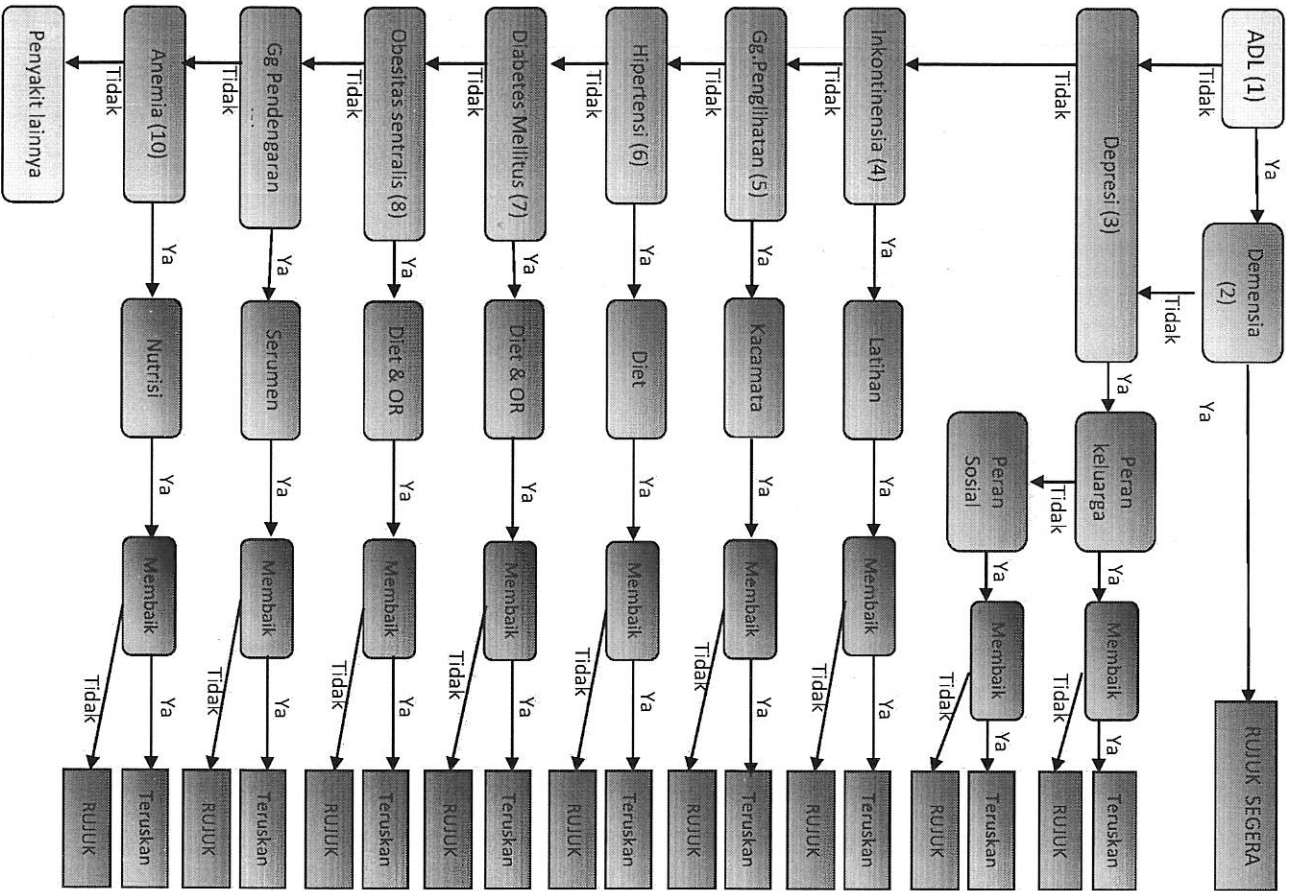
9. Anemia :

Ya : bila hasil pemeriksaan Hb lanjut usia laki-laki $\leq 13,5$ g/dl atau perempuan $\leq 11,5$ g/dl

10. Depresi :

Ya : bila lanjut usia menjawab "Ya" atas pertanyaan dibawah ini :

- 1) Meninggalkan kegiatan yang disenangi ?
- 2) Merasa kehidupannya kosong ?
- 3) Sering merasa bosan ?
- 4) Terganggu oleh pikirannya ?
- 5) Takut terjadi sesuatu yang buruk ?
- 6) Sering merasa tidak berdaya ?
- 7) Sering merasa resah atau gelisah ?
- 8) Lebih senang berada di rumah daripada melakukan sesuatu yang baru ?
- 9) Sering khawatir tentang masa depan anak-anak ?
- 10) Memiliki banyak masalah dibandingkan dengan orang lain ?



Gambar 1. Algoritma lanjut usia

Kartu skor deteksi dini lanjut usia risiko tinggi terhadap penurunan ADL, juga perlu ditambahkan beberapa pertanyaan terkait dengan pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, dan riwayat kesehatan lainnya. Riwayat kesehatan tersebut meliputi riwayat alergi, riwayat operasi, riwayat opname di rumah sakit, dan riwayat beberapa penyakit lainnya, misal penyakit keganasan, stroke, penyakit jantung, penyakit paru, dan sebagainya.

Lanjut usia risiko tinggi penurunan ADL adalah lanjut usia dengan demensia, gangguan penglihatan atau inkontinensia. Lanjut usia risiko sedang adalah lanjut usia dengan depresi, Diabetes Mellitus dan Hipertensi. Lanjut usia risiko rendah adalah lanjut usia dengan gangguan penglihatan atau anemia. Demensia dan depresi termasuk dalam masalah psikogeriatrik yang harus didiagnosa terlebih dahulu sebelum melakukan pemeriksaan fisik pada lanjut usia.

TATALAKSANA

1) **Keterampilan klinik pada pelayanan bagi Lanjut Usia Sehat**
Sasaran: lanjut usia berdasarkan hasil pengkajian patipurna geriatri masuk dalam kategori kelompok 1 dan 2 yaitu lanjut usia yang bebas dari ketergantungan kepada orang lain atau tergantung pada orang lain tapi sangat sedikit, atau mempunyai penyakit yang terkontrol dengan kondisi medik yang baik.
Langkah promotif berupa edukasi PHBS, konsumsi gizi seimbang, dan aktifitas sosial, Latihan fisik (senam Lanjut Usia, senam osteoporosis dll)
Langkah preventif berupa edukasi Latihan fisik sesuai kebutuhan individu/ kelompok, Stimulasi kognitif

2) **Keterampilan klinik pada pelayanan bagi Lanjut Usia Sakit**
Sasaran: Pasien geriatri yaitu: multipatologi, tampilan gejala dan tanda tak khas, daya cadangan fisiologi menurun, biasanya disertai gangguan status fungsional dan di Indonesia pada umumnya dengan gangguan nutrisi.

3) **Penatalaksanaan sesuai kondisi patologis yang ada**

4) **Penghitungan kebutuhan energi dan gizi**
Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pemberian gizi pada Lanjut Usia yaitu adanya perubahan fisiologi, penyakit penyerta, faktor sosial seperti kemiskinan, psikologi (demensia depresi) dan efek samping obat.

Energi

Kebutuhan energi menurun dengan meningkatnya usia (3% per dekade). Pada Lanjut Usia hal tersebut diperjelas disebabkan adanya penurunan massa otot (BMR 1) dan penurunan aktivitas fisik. Berdasarkan Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPNG) tahun 2004, laki-laki 2050 Kal dan perempuan 1600 Kal.

Protein

Kandungan protein dianjurkan sesuai kecukupan antara 0,8-1 g/kgBB/hari (10-15%) dari kebutuhan energi total.

Karbohidrat

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

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

Lemak

Kandungan lemak dianjurkan $\pm 25\%$ dari energi total per hari, dan ditutamakan berasal dari lemak tidak jenuh.

Cairan

Pada Lanjut Usia masukan cairan perlu diperhatikan karena adanya perubahan mekanisme rasa haus, dan menurunnya cairan tubuh total (dikarenakan penurunan massa bebas lemak). Sedikinya dianjurkan 1500 ml/hari, untuk mencegah terjadinya dehidrasi, namun jumlah cairan harus disesuaikan dengan ada tidaknya penyakit yang memerlukan pembatasan air seperti gagal jantung, gagal ginjal dan sirosis hati yang disertai edema maupun asites.

Vitamin

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

Tabel 7. Kebutuhan vitamin larut lemak

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

Tabel 8. Kebutuhan vitamin larut air

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

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

Tabel 9. Kebutuhan beberapa mineral⁷⁴

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

Beberapa mineral yang perlu mendapat perhatian khusus antara lain

- 1) Ca. Kemampuan absorpsi Ca menurun baik pada laki-laki maupun perempuan
- 2) defisiensi Zn mengakibatkan gangguan imun dan gangguan pengecepan (yang memang menurun pada Lanjut Usia)
- 3) defisiensi Cu dapat mengakibatkan anemia.
- 4) Se karena bersifat antioksidan.

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

5) **Konsep tentang aktivitas fisik dan latihan fisik**

Materi yang dikonselingkan berupa *Persiapan latihan fisik*

- a) Sebaliknya memakai pakaian olahraga yang tidak tebal, dapat menyerap keringat dan elastis agar pergerakan tidak terganggu (seperti: kaos, training pack).
- b) Sebaliknya gunakan sepatu olahraga yang cukup dan sesuai dengan jenis latihannya.
- c) Pola hidrangan yang dianjurkan menjelang latihan fisik:
Minum secukupnya sebelum, selama; dan sesudah latihan;
Sebaiknya makan dengan:
Hidrangan lengkap 3-4 jam sebelum latihan;
Makanan kecil/ringan seperti biskuit/ roti 2-3 jam sebelum latihan;
Makan cair misalnya bubur, jus buah 1-2 jam sebelumnya;
30 menit sebelum latihan dianjurkan minum air saja.

Latihan fisik

Dilakukan hanya pada Lanjut Usia yang sehat atau dengan ketergantungan ringan sesuai skala *Barthel*

Prinsip – prinsip latihan fisik :

- Perlu menerapkan prinsip latihan fisik yang baik, benar, teratur, dan teratur guna mencegah timbulnya dampak yang tidak diinginkan.
- Latihan fisik terdiri dari pemanasan, latihan inti dan diakhir dengan pendinginan. Pemanasan dan pendinginan berupa peregangan dan relaksasi otot serta sendi yang dilakukan secara hati-hati dan tidak berlebihan.
- Frekuensi latihan fisik dilakukan 3-5 ×/minggu dengan selang 1 hari istirahat.
- Latihan fisik dilakukan pada intensitas ringan-sedang dengan denyut nadi : 60 – 70 % × Denyut Nadi Maksimal (DNM). DNM = 220 – umur.
- Latihan fisik dilakukan secara bertahap dan bersifat individual, namun dapat dilakukan secara mandiri dan berkelompok

Tahapan latihan fisik

Pemanasan (Warming Up)

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

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

Latihan Inti

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

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

- a. Senam aerobik $1 \times /$ minggu (kelompok) Dosis latihan disesuaikan dengan kemampuan sehingga denyut nadi latihan mencapai = $60 - 70 \%$ DNM dan bersifat *low impact* (gerakan-gerakan yang dilakukan tanpa adanya benturan pada tungkai)
 - b. Jalan cepat $2 \times /$ minggu (secara kelompok $1 \times$ dan secara mandiri $1 \times$)
- Latihan dilakukan dengan kecepatan secara bertahap: (untuk usia ≤ 60 thn)

Tabel 10. Tahapan latihan untuk usia ≤ 60 tahun

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

Keterangan :

Contoh pada bulan ke 2:

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

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

Tabel 11. Tahapan latihan untuk usia > 60 tahun wanita

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

Tabel 12. Tahapan latihan untuk usia > 60 tahun laki-laki

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

Latihan Kekuatan Otot :

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

Latihan Keseimbangan

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

Pendinginan (Warming down)

Dilakukan selama 5 – 10 menit

Bentuk kegiatan prinsipnya sama dengan kegiatan pemanasan hanya dilakukan dengan perlahan dan pelanasan.

Jenis latihan yang tidak dianjurkan :

Latihan yang bersifat:

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

AFTAR PUSTAKA

- Boedhi-Darmojo. 1994. "Aspek Demografi dan Epidemiologi pada Lansia"
- Boedi-Darmojo. 2001. Geriatri dan Gerontology di Indonesia. Dalam Waspaji S, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi ketiga. Balai penerbit FKUI, Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006. Profil Kesehatan Indonesia 2004 Menuju Indonesia Sehat 2010
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Lampiran-II.
- Lilik Djunari, Disertasi, Pengembangan Konsep *Activity Of Daily Living (ADL)* Pada Lansia Berbasis Sindroma Geriatrik, Penyakit Dan Umur *Dalam Rangka Skoring Dan Rujukan Lansia*, 2012
- Panduan Keterampilan Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. PB-IDI, 2016
- PAPDI, 2008. Panduan Pelayanan Medik. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta
- United Nation, 2003. World population prospects, the 2002 revision. Human development report population division. Oxford university press. New York: United Nations.
- United Nation, 2006. Population Prospects, 2006 revision. New York: United Nations

LOGO FKTP	PEMBINAAN KESEHATAN USIA LANJUT			Nama Ka FKTP
	No. Dokumen	:	139.PKK/2.6.1/SOP/KP/7/2019	
SOP	No. Revisi	:	0	Nama FkTP
	Tanggal Terbit	:	13 Juli 2019	
	Halaman	:	1-8	
Nama FKTP		Tid Ka FKTP		

1. **Pengertian** :
 Pembinaan kesehatan usia lanjut tidak dapat berdiri sendiri mengingat pada Usia Lanjut mengalami multipatologi dan penyebabnyaupun multifaktorial. Pembinaan kesehatan ini mencakup langkah promotif berupa edukasi, langkah preventif berupa pengkajian dengan tujuan menggalai masalah kesehatan yang dialami oleh individu, langkah kuratif berupa penatalaksanaan yang bersifat multidisiplin serta langkah rehabilitatif berupa konseling dan langkah lain sesuai masalah.
 Pembinaan kesehatan usia lanjut seharusnya diawali dengan pelayanan Pra Lanjut Usia pada individu usia 45-59 tahun. Pelayanan tersebut meliputi :
 - **Edukasi** tentang penerapan perilaku hidup bersih dan sehat, konsumsi gizi seimbang dan aktifitas sosial
 - **Deteksi dini** keadaan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan secara berkala dengan instrumen KMS Lanjut usia
 - **Pengobatan** dengan pola multidisiplin untuk mencegah progresifitas penyakit, sesuai prinsip pengobatan rasional dengan mempertimbangkan gangguan fungsi
 - **Upaya rehabilitatif** (pemulihan) berupa upaya medis, psikososial dan edukatif
 Tingkat Keterampilan: 4A
 2. **Tujuan** :
 Dokter mampu melakukan pembinaan kesehatan usia lanjut pasien sesuai dengan standar pelayanan kesehatan di Indonesia.
 3. **Kebijakan** :
 SK Klinik Pratama nomor 1/KM/SK/KP/7/2019 tentang Manajemen Mutu
 4. **Referensi** :
 - 1) Panduan Keterampilan Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. PB-IDI, 2016
 - 2) Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Lampiran-II.
 5. **Prosedur/Langkah-langkah** :
- 5.1. Pemeriksaan Geriatri**
 Pemeriksaan geriatri diberikan batasan sebagai : “... suatu analisis multidisiplin yang dilakukan oleh seorang geriatri atau suatu tim interdisipliner geriatri atas seorang penderita lanjut usia untuk mengetahui kapasitas medis, fungsional, dan psiko-sosial agar dapat dilakukan penatalaksanaan menyeluruh dan berkesinambungan...”(Shaw et al, 1984; Mykyvia, 1992)
 Pada dasarnya sebuah pemeriksaan lengkap geriatri yang baik haruslah dapat mengungkap kelainan terutama fungsional dari semua organ atau sistem penderita lanjut

usia secara keseluruhan, bukan saja fungsi yang bersifat organ fisik, akan tetapi juga kejiwaan dan fungsi sosial penderita, untuk itu diperlukan pedoman sebagai berikut :

1) Anamnesis

- a) Identitas penderita : nama, alamat, umur, perkawinan, anak (jumlah, jenis kelamin dan berapa yang masih tinggal bersama penderita), pekerjaan, keadaan sosial ekonomi. Termasuk dalam bagian ini adalah anamnesis mengenai faktor risiko sakit, yaitu usia sangat lanjut (> 70 tahun), duda hidup sendiri, baru kematian orang terdekat, baru sembuh dari sakit/pulang opname, gangguan mental nyata, menderita penyakit progresif, gangguan mobilitas, dan lain-lain.
- b) Anamnesis tentang obat : Obat yang diminum sebelum sakit atau yang diminum di rumah, baik yang berasal dari resep dokter atau yang dibeli bebas (termasuk jannu-jannuan).
- c) Penilaian sistem : Bagian ini berbeda dengan anamnesis penderita golongan umur lain, karena tidak berdasarkan "model medik" (tergantung pada keluhan utama). Keluhan pada lanjut usia tidak selalu menggambarkan penyakit yang diderita, seringkali justru memberikan keluhan yang tidak khas. Penilaian sistem dilakukan secara urut, misalnya mulai dari sistem syarat pusat, saluran nafas atas dan bawah dan seterusnya. Untuk mendapatkan jawaban yang baik, seringkali diperlukan heteroanamnesis dari orang/keluarga yang merawatnya sehari-hari :
 - d) Anamnesis tentang kebiasaan yang merugikan kesehatan (merokok, mengunyah tembakau, minum alkohol, dan lain-lain)
 - e) Anamnesis tentang berbagai gangguan yang terdapat : menelan, masalah gigi, gigi palsu, gangguan komunikasi/bicara, nyeri/gerak yang terbatas pada anggota badan, dan lain-lain.
 - f) Kepribadian, perasaan hati, kesadaran dan afektif : konfusio, cungra/bemusuhan, mengembara, gangguan tidur atau keluhan malam hari, daya ingat, dan lain-lain. Apabila hasil dari anamnesis membingungkan atau mencurigakan, perlu dicatat untuk dilaksanakan pemeriksaan khusus kejiwaan atau bahkan konsultasi psiko-geriatrik.
 - g) Riwayat tentang problema utama geriatri (sindroma geriatri) : pernah stroke, hipotensi ortostatik, jatuh, inkontinencia urin/alvi, demensia, dekubitus, patah tulang. Mengingat gangguan kesadaran/konfusio sering tidak terdiagnosis, maka pemeriksaan kesadaran dengan tes mental harus selalu dikerjakan.

2) Pemeriksaan fisik

- a) Pemeriksaan tekanan darah, harus dilaksanakan dalam keadaan tidur, duduk dan berdiri, masing-masing selang 1-2 menit, untuk melihat kemungkinan terdapatnya hipotensi ortostatik.
- b) Pemeriksaan fisik untuk menilai sistem: pemeriksaan organ dan sistem ini perlu disesuaikan dengan tingkat kemampuan pemeriksa/dokter. Bila yang melakukan perawat, tentu saja tidak serinci dokter umum, yang pada gilirannya tidak serinci hasil pemeriksaan fisik oleh dokter spesialis. Yang penting adalah bahwa pemeriksaan secara sistem ini menghasikan temuan ada/tidaknya gangguan organ atau sistem (walaupun secara kasar). Pada pelaksanaannya dilakukan

pemeriksaan fisik dengan urutan seperti pada anamnesis penilaian sistem, yaitu

- Pemeriksaan syaraf kepala
- Pemeriksaan panca indera, saluran nafas atas, gigi mulut
- Pemeriksaan leher, kelenjar tiroid, bisung arteri karotis
- Pemeriksaan dada, paru-paru, jantung, dan seterusnya sampai pada pemeriksaan ekstremitas, refleks-refleks, kulit integumen.

3) Pemeriksaan tambahan

Pemeriksaan tambahan disesuaikan dengan kemampuan ekonomi penderita, tingkat keahlian pemeriksa (perawat/dokter umum/dokter spesialis), tetapi minimal harus mencakup pemeriksaan laboratorium sederhana lanjut usia. Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan adalah:

- a) Darah Rutin, meliputi Hemoglobin, Eritrosit, Leukosit, Tromboosit, Hitung jenis
 - b) Kimia darah, diantaranya Gula darah sewaktu
 - c) Urin Rutin
- Di negara industri maju, pemeriksaan yang dianggap rutin pada lanjut usia adalah
- Foto toraks, EKG
 - Laboratorium : darah/urine/faeces rutin ; gula darah, lipid, fungsi hati, fungsi ginjal; fungsi tiroid (T₃, T₄, TSH) ; dan kadar serum B₆, B12

4) Pemeriksaan fungsi

Pelaksanaan pemeriksaan fungsi fisik dan psikis penderita dibagi beberapa jenis, yaitu :

- a) Aktivitas hidup sehari-hari (AHS) = *activity of daily living* (ADL), yang hanya memerlukan kemampuan tubuh untuk berfungsi sederhana (Kane et al, 1994): makan, berpakaian, bergerak/ambulasi, beralih tempat/transfer (dari tempat tidur dan WC), buang air kecil, berdandan dan berkomunikasi
- Aktifitas hidup sehari-hari instrumental (AHS instrumental) = *Instrumental Activities of Daily Living* (*Instrumental ADL*) , yang selain memerlukan kemampuan dasar, juga memerlukan berbagai koordinasi kemampuan otot, susunan syaraf yang lebih rumit, juga kemampuan berbagai organ kognitif lain (Kane et al, 1994): menulis, membaca, membersihkan rumah, berbelanja, mencuci-setrika pakaian, naik-turun tangga, menggunakan telepon, menangani obat-obatan, menangani keuangan, mampu tangani pembayaran pembantu/pekerjaan luar rumah (misal berkebum), mampu pergi jauh (dengan kendaraan umum/ke luar kota)
- b) Kemampuan mental dan kognitif, terutama menyangkut fungsi intelek, memori lama dan memori tentang hal-hal yang baru saja terjadi. Pemeriksaan kemampuan mental/kognitif ini harus dianggap sebagai tanda vital, terutama untuk diagnosis dan monitor kemajuan penatalaksanaan terhadap konfusi. Salah satu cara untuk mengukur kemampuan mental dan kognitif pada lanjut usia dengan mendeteksi adanya demensia pada lanjut usia, menggunakan kuesioner AMT.
- c) Gangguan psikologis yang tersering pada lanjut usia adalah depresi, untuk melakukan skrining adanya depresi pada lanjut usia digunakan *Geriatric*

7) Pemeriksaan lingkungan

Pemeriksaan ini bisa dilakukan oleh dokter (misalnya waktu kunjungan rumah), walaupun sebaiknya dilaksanakan khusus oleh petugas sosio-medik anggota tim geriatri. Seperti telah dikatakan di atas, pemeriksaan lingkungan merupakan pemeriksaan yang cukup penting untuk dapat menentukan kemampuan berfungsi seorang lanjut usia. Pemeriksaan geriatri belum bisa dikatakan lengkap tanpa melakukan pemeriksaan ini.

Pelaksanaan pemeriksaan lingkungan ini sebenarnya dapat dilaksanakan dimana saja dengan menggunakan form yang telah tersedia, akan tetapi yang paling baik adalah melaksanakannya di rumah penderita. Selain menanyakan berbagai hal mengenai keadaan rumah, dapat dengan obyektif melihat keadaan rumah dan lingkungannya. Adanya hambatan, halangan bagi mobilitas penderita, keadaan penerangan di kamar mandi dan lain sebagainya. Selain itu menilai perlakuan orang-orang yang ada di sekitarnya yang sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan mental lanjut usia seperti perlakuan yang salah terhadap lanjut usia (*mistreatment/abuse*), dan menandatangani lanjut usia (*neglected*) serta menilai potensi keluarga yang dapat dimanfaatkan untuk membantu pemulihan pasien.

8) Daftar masalah

Daftar masalah berisikan kesimpulan dari berbagai hasil pemeriksaan yang telah dikerjakan. Daftar masalah ini bersama-sama dengan teman sumber daya ekonomi-sosial dari pemeriksaan lain kemudian dikembangkan untuk penatalaksanaan penderita oleh tim, guna pencapaian tujuan bersama baik jangka pendek atau jangka panjang.

Dapat ditemukan satu atau beberapa gangguan fisik (karakter 1-11) dari 14 karakter geriatrik berikut:

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

Enam dari 14 karakter tersebut (yakni: imobilisasi, *instabilitas postural*, *intellectual impairment* dalam hal ini delirium dan demensia, isolasi karena depresi, dan *inkontinensia urin*) merupakan kondisi-kondisi yang paling sering menyebabkan pasien geriatri harus dikelola lebih intensif yang sering dinamakan *geriatric giants*.

Selanjutnya dilakukan pengelompokan berdasarkan tingkat kemandirian dalam rangka penentuan tatalaksana.

Kelompok tersebut adalah:

- 1) Lanjut Usia sehat dan mandiri;
- 2) Lanjut Usia sehat dengan ketergantungan ringan;
- 3) Lanjut Usia sehat dengan ketergantungan sedang;
- 4) Lanjut Usia dengan ketergantungan berat/ total;
- 5) Lanjut Usia pasca-rawat (dua minggu pertama);
- 6) Lanjut Usia yang memerlukan asuhan nutrisi; atau
- 7) Lanjut Usia yang memerlukan pendampingan (memiliki masalah psiko-kognitif).

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

- Kelompok 1 dan 2 dapat langsung mengikuti Program Lanjut Usia berkala di fasyankes.
- Kelompok 3 dan 4 perlu mengikuti program layanan perawatan di rumah (*home care service*) dan bila perlu dapat melibatkan pelaku rawat/ pendamping (*caregiver*) atau diujuk ke RS.
- Kelompok 5, 6, dan 7 dilakukan secara khusus dalam pengawasan dokter.

5.2. Pemeriksaan Geriatri Di Pelayanan Dasar

Pemeriksaan geriatri lengkap (*Comprehensive Geriatric Assessment*) pada dasarnya diperuntukkan bagi suatu tim geriatri yang berada di pusat geriatri lengkap. Pemeriksaan geriatri pada dokter di pelayanan kesehatan primer (puskesmas) dilakukan dengan cara yang lebih sederhana. Tatacara pemeriksaan di pelayanan kesehatan primer tersebut direkomendasikan oleh *American Geriatric Association dan American Association of Internal Medicine (AGS-AIM)* (Lachs, Feinstein, Cooney et al, 1990) :

- 1) Adadidak gangguan penglihatan, dengan melakukan tes baca koran atau tes *Schnellen/modifikasi tes Schnellen* pada kedua mata
- 2) Gangguan pendengaran, dengan melakukan tes bisikan pada telinga kanan dan kiri
- 3) Fungsi anggota atas, dengan tes jabat tangan dan meminta penderita mengangkat tangan di belakang kepala (bergantian, kanan-kiri)
- 4) Fungsi anggota bawah dengan meminta penderita bangkit dari duduk dan berjalan
- 5) Fungsi aktivitas hidup sehari-hari (AHS) dasar dengan menanyakan apakah penderita bisa bangkit dari tempat tidur, makan dan mandi sendiri atau perlu bantuan
- 6) Fungsi AHS instrumental dengan menanyakan apakah penderita dapat berbelanja atau menyiapkan makan sendiri
- 7) Tentang kontinensia, ditanyakan apakah penderita sering ngompol atau ngobrok (berak tak terasa)
- 8) Status gizi penderita dilaksanakan dengan mengukur TB/BB
- 9) Kemungkinan depresi diperiksa dengan menanyakan apakah penderita sering sedih dan tertekan
- 10) Tentang dukungan sosial-ekonomi diperiksa dengan menanyakan ada atau tidak orang yang membantu biaya bila penderita sakit atau keadaan darurat lain
- 11) Status kognitif diperiksa dengan menyebutkan 3 obyek dan diminta mengulang setelah lima menit

- 12) Keterangan tentang lingkungan diperiksa dengan menanyakan ada tidak bahaya di sekitar rumah (anak tangga tinggi, penerangan kamar mandi/wc)

5.3. Pemeriksaan Geriatri Di Posyandu Lanjut Usia

Pelayanan kesehatan lanjut usia merupakan salah satu bentuk upaya pelayanan kesehatan di puskesmas yangagalakkan peran serta masyarakat dan menggalang kemitraran lintas sektor dalam bentuk kegiatan Posyandu Lanjut Usia. Kegiatan Posyandu Lanjut Usia meliputi pemeriksaan kesehatan fisik dan mental emosional dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) lanjut usia.

Jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada lanjut usia di Posyandu Lanjut Usia adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan aktifitas kegiatan sehari-hari (*activity of daily living*).
 - 2) Pemeriksaan status mental. Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional, dengan menggunakan pedoman metode 2 menit. Tidak menggunakan *abbreviated mental test* (AMT) untuk memeriksa adanya kepekunan, dan juga tidak menggunakan *geriatric depression test* (GDS) untuk memeriksa adanya depresi.
 - 3) Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan dicatat pada grafik indeks massa tubuh (IMT)
 - 4) Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
 - 5) Pemeriksaan hemoglobin menggunakan *Talquist, Sahli* atau *Cuprissulfar*.
 - 6) Pemeriksaan adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit diabetes mellitus
 - 7) Pemeriksaan adanya protein dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal
 - 8) Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas bilamana ada keluhan dan ditemukan kelainan pada pemeriksaan butir 1 hingga 7
 - 9) Penyuluhan bisa dilakukan di dalam dan di luar Posyandu Lanjut Usiadalam rangka kunjungan rumah dan konseling kesehatan dan gizi sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu dan atau kelompok lanjut usia.
 - 10) Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas puskesmas bagi anggota Posyandu Lanjut Usia yang tidak datang, dalam rangka kegiatan perawatan kesehatan masyarakat (*Public Health Nursing*)
- Kegiatan lain yang dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi setempat :
- 1) Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Penyuluhan sebagai contoh makanan dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi lanjut usia serta menggunakan bahan makanan yang berasal dari daerah tersebut.
 - 2) Kegiatan olahraga antara lain senam lanjut usia, gerak jalan santai, dan sebagainya untuk meningkatkan kebugaran.

Kecuali kegiatan pelayanan kesehatan seperti yang diuraikan diatas, Posyandu Lanjut Usia dapat melakukan kegiatan non kesehatan di bawah bimbingan sektor lain, contohnya kegiatan kerohanian, arisan, kegiatan ekonomi produktif, forum diskusi, penyaluran hobi dan lain-lain.

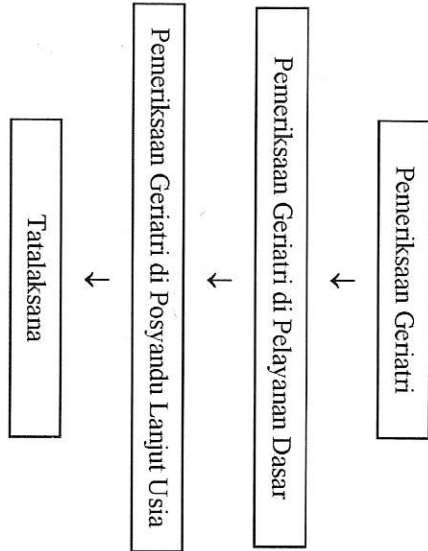
Untuk kelancaran pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia dibutuhkan sarana dan prasarana penunjang, antara lain :

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

5.4. Tatalaksana

- 1) **Keterampilan klinik pada pelayanan bagi Lanjut Usia Sehat**
Sasaran: lanjut usia berdasarkan hasil pengkajian paripurna geriatri masuk dalam kategori kelompok 1 dan 2 yaitu lanjut usia yang bebas dari ketergantungan kepada orang lain atau tergantung pada orang lain tapi sangat sedikit, atau mempunyai penyakit yang terkontrol dengan kondisi medik yang baik.
Langkah promotif berupa edukasi PHBS, konsumsi gizi seimbang, dan aktifitas sosial, Latihan fisik (senam Lanjut Usia, senam osteoporosis dll)
Langkah preventif berupa edukasi Latihan fisik sesuai kebutuhan individu/ kelompok, Stimulasi kognitif
- 2) **Keterampilan klinik pada pelayanan bagi Lanjut Usia Sakit**
Sasaran: Pasien geriatri yaitu: multipatologi, tampilan gejala dan tanda tak khas, daya cadangan faali menurun, biasanya disertai gangguan status fungsional dan di Indonesia pada umumnya dengan gangguan nutrisi.
- 3) **Penatalaksanaan sesuai kondisi patologis yang ada**
- 4) **Penghinaan kebutuhan energi dan gizi**
Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pemberian gizi pada Lanjut Usia yaitu adanya perubahan fisiologik, penyakit penyerta, faktor sosial seperti kemiskinan, psikologik (demensia depresi) dan efek samping obat.
- 5) **Konseling tentang aktivitas fisik dan latihan fisik**
Materi yang dikonselingkan berupa *Persiapan latihan fisik*
 - a) Sebaiknya memakai pakaian olahraga yang tidak tebal, dapat menyerap keringat dan elastis agar pergerakan tidak terganggu (seperti: kaos, training pack).
 - b) Sebaiknya gunakan sepatu olahraga yang cukup dan sesuai dengan jenis latihannya.
 - c) Pola hidrangan yang dianjurkan menjelang latihan fisik:
Minum secukupnya sebelum, selama, dan sesudah latihan;
Sebaiknya makan dengan:
Hidrangan lengkap 3-4 jam sebelum latihan;
Makanan kecil/tingan seperti biskuit/ roti 2-3 jam sebelum latihan;
Makan cair misalnya bubur, jus buah 1-2 jam sebelumnya;
30 menit sebelum latihan dianjurkan minum air saja.

6. Diagram Alir :



7. Unit Terkait :

- Dokter
- Tenaga kesehatan

140. REHABILITASI PSIKOSOSIAL BAGI INDIVIDU, KELUARGA DAN MASYARAKAT

Dr. Margarita M. Maramis, dr., SpKJ(K), FISC.M.

ABSTRACT

There are a lot of chronic disease which is last more than 3 months and cause disabilities and incapacities. Individu needs an intervention to help them back to function as before or back to the premorbid personality. Rehabilitation in physics, psychics and social is one of the 4 medical intervention for patients, the others are preventive, promotive and curative.

Rehabilitation is an important role in increasing patient's quality of life. The objective of rehabilitation is minimizing disability after suffer from illness or acute trauma with focus to domain psychosocial function and modification of environment. Several discipline of sciences involve in the services of rehabilitation i.e. physics rehabilitation, psychic rehabilitation, social rehabilitation. This needs cooperation among health providers i.e. (clinical) psychologists, nurses, occupational therapists, social workers, case managers, etc. From patients needs, frequent overlap between disciplines and domain i.e. physics, mental, social, this need to do a good planning programme.

Rehabilitation providers still lack worldwide, include in Indonesia. Planning a rehabilitation services for physics, psychosocial programme integrated in health system with many types of services and health providers is important and the key success of rehabilitation programme are communication, collaboration and cooperation among disciplines of sciences and providers involved.

Keywords: physic-psychic-social rehabilitation, objective, communication-collaboration-cooperation, discipline of science, application.

ABSTRAK

Terdapat banyak penyakit kronis yang berlangsung lama (belum berakhir lebih dari 3 bulan) dan dampaknya terhadap fungsi manusia tidak kembali seperti sediakala. Untuk itu diperlukan suatu penanganan lebih lanjut dalam ranah rehabilitasi untuk mengoptimalkan fungsi individu. Rehabilitasi sebagai salah satu intervensi dari 4 intervensi yang lain untuk kedokteran medik, yaitu preventif, promotif dan kuratif.

Rehabilitasi memegang peran penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Tujuan rehabilitasi adalah meminimalkan disabilitas setelah mengalami penyakit atau trauma akut dengan sasaran domain yang utama adalah fungsi psikososial dan perlu juga memodifikasi lingkungan. Banyak bidang ilmu terlibat dalam pelayanan rehabilitasi, baik rehabilitasi fisik, rehabilitasi mental, rehabilitasi sosial, kerjasama dengan petugas kesehatan lain misalnya psikolog (klinis), perawat, terapis okupasi, pekerja sosial, manajer kasus, dll. diperlukan. Dari sisi pasien, sering juga terjadi tumpang tindih kebutuhan dari seorang pasien secara fisik, mental dan sosial sehingga perlu perencanaan sebelumnya.

Tenaga yang terlibat dalam rehabilitasi masih sedikit di berbagai negara termasuk Indonesia. Perlu dirancang sistem pelayanan rehabilitasi baik rehabilitasi fisik juga psikososial dengan jenis pelayanan dan petugas kesehatannya. Sehingga kunci kesuksesan program rehabilitasi adalah komunikasi, kerjasama dan kolaborasi antara disiplin ilmu dan antara petugas yang terlibat.

Kata kunci: rehabilitasi fisik-psikis-sosial, tujuan, komunikasi-kolaborasi-kerjasama, disiplin ilmu, terapan.