

Bunga Rampai **PERAWATAN LANSIA** YANG HOLISTIK DAN TERINTEGRASI



Arneliwati
Lexy Oktora Wilda
Abdurrahman Hamid
Umi Hani
Hyan Oktodia Basuki
Binarti Dwi Wahyuningsih

Editor: Rini Mustikasari Kurnia Pratama

BUNGA RAMPAI

PERAWATAN LANSIA YANG HOLISTIK DAN TERINTEGRASI

Penulis:

Ns. Arneliwati, M.Kep.
Lexy Oktora Wilda, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
Ns. Umi Hani, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
Ns. Hyan Oktodia Basuki, M.Kep.
Ns. Binarti Dwi Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kes.

Editor:

Rini Mustikasari Kurnia Pratama, S.Si.T., M.Keb.



Bunga Rampai Perawatan Lansia Yang Holistik Dan Terintegrasi

Penulis: Ns. Arneliwati, M.Kep.

Lexy Oktora Wilda, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Ns. Umi Hani, M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Ns. Hyan Oktodia Basuki, M.Kep.

Ns. Binarti Dwi Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kes.

Editor: Rini Mustikasari Kurnia Pratama, S.Si.T., M.Keb

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Muhamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-634-7139-37-5

Cetakan Pertama: Maret, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam Terbitan (KDT)

JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB	Perawatan lansia yang holistik dan terintegrasi : bunga rampai / penulis, Ns. Arneliwati, M.Kep., Lexy Oktora Wilda, S.Kep., Ns., M.Kep., Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep., Sp.Kep.Kom., Ns. Umi Hani, M.Kep., Sp.Kep.Kom., Ns. Hyan Oktodia Basuki, M.Kep. [dan 1 lainnya] ; editor, Rini Mustikasari Kurnia Pratama, S.Si.T., M.Keb.
EDISI	Cetakan pertama, Maret 2025
PUBLIKASI	Jakarta Barat : PT Nuansa Fajar Cemerlang, 2025.
DESKRIPSI FISIK	106 halaman ; 30 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-634-7139-37-5
SUBJEK	Usia lanjut - Kesehatan dan kebersihan
KLASIFIKASI	613.043 8 [23]
PERPUSNAS ID	https://isbn.perpusnas.go.id/bo-penerbit/penerbit/isbn/data/view-kdt/1192253



PRAKATA



Buku Bunga Rampai ini, dengan judul **Perawatan Lansia yang Holistik dan Terintegrasi**, hadir sebagai upaya untuk menggali lebih dalam dan mengungkapkan pentingnya perawatan yang komprehensif bagi lansia, yang tidak hanya berfokus pada aspek medis, tetapi juga melibatkan semua dimensi kehidupan mereka. Lansia adalah kelompok yang sering kali diabaikan atau dilihat hanya dari perspektif kesehatan fisik semata, padahal usia lanjut membawa tantangan dan kebutuhan yang jauh lebih kompleks. Oleh karena itu, perawatan lansia yang efektif haruslah bersifat holistik dan terintegrasi, menyentuh semua aspek kehidupan manusia fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup mereka secara menyeluruh.

Masa usia lanjut adalah fase kehidupan yang penuh dengan perubahan. Fisik yang menua, berkurangnya kemampuan tubuh untuk berfungsi seperti dulu, dan peningkatan risiko penyakit, semuanya menjadi kenyataan yang harus dihadapi. Namun, tantangan lansia tidak hanya terletak pada aspek fisik semata. Berbagai masalah psikologis, seperti perasaan kesepian, kecemasan, atau bahkan depresi, seringkali menjadi bagian yang tak terpisahkan dari kehidupan mereka. Ditambah lagi dengan keterbatasan dalam beraktivitas sosial, serta tantangan dalam menjaga dan mempertahankan hubungan sosial yang sehat, maka perawatan lansia perlu dilihat secara holistik.

Melalui pendekatan holistik, kita mengakui bahwa setiap lansia adalah individu yang unik, dengan kebutuhan, keinginan, dan nilai hidup yang berbeda. Oleh karena itu, perawatan lansia yang efektif tidak bisa dilaksanakan dengan satu pendekatan yang sama bagi semua orang. Buku ini menggambarkan pentingnya pemahaman terhadap keberagaman kebutuhan lansia, serta bagaimana kita dapat merancang intervensi yang bersifat personal dan penuh empati, tanpa mengabaikan martabat mereka sebagai manusia.

Selain itu, perawatan terintegrasi yaitu koordinasi antar berbagai layanan kesehatan dan sosial merupakan aspek yang tak kalah penting. Perawatan lansia yang berhasil tidak hanya melibatkan tenaga medis, tetapi juga melibatkan keluarga, masyarakat, dan berbagai profesional lain, seperti psikolog, pekerja sosial, serta tenaga ahli lainnya. Melalui integrasi layanan ini, lansia dapat memperoleh perawatan yang lebih menyeluruh dan tidak terfragmentasi, dengan tujuan untuk mencapai kesejahteraan yang optimal dalam semua aspek kehidupan mereka.

Buku ini tidak hanya mengulas teori dan konsep dasar mengenai perawatan lansia, tetapi juga menyajikan berbagai pendekatan praktis yang dapat langsung diterapkan oleh tenaga kesehatan, keluarga, maupun masyarakat. Kami menyajikan pengalaman nyata, studi kasus, serta tips-tips praktis untuk membantu setiap pihak dalam merancang perawatan lansia yang sesuai dengan kebutuhan spesifik mereka, baik di rumah maupun dalam fasilitas perawatan.

Melalui tulisan ini, kami berharap pembaca dapat memahami betapa pentingnya memandang perawatan lansia dari sudut pandang yang lebih luas dan lebih manusiawi. Perawatan yang holistik dan terintegrasi bukan hanya sekadar menyembuhkan penyakit, tetapi lebih dari itu yaitu meningkatkan kualitas hidup lansia, menjaga keseimbangan emosi mereka, serta memberikan mereka dukungan sosial dan spiritual yang sangat dibutuhkan.

Akhirnya, kami berharap buku ini tidak hanya memberikan wawasan baru bagi tenaga kesehatan dan pembaca secara umum, tetapi juga mendorong terciptanya perawatan lansia yang lebih berempati, terencana, dan penuh kasih sayang. Semoga buku ini menjadi inspirasi dan panduan dalam menciptakan lingkungan yang lebih ramah dan mendukung bagi para lansia, sehingga mereka dapat menikmati usia senja dengan penuh kehormatan, kebahagiaan, dan kualitas hidup yang layak.

Februari, 2025

Penulis



DAFTAR ISI



PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	v

CHAPTER 1 PERAWATAN LANSIA YANG HOLISTIK DAN TERINTEGRASI.....	1
Ns. Arneliwati, M.Kep.....	1
A. Pendahuluan	1
B. Definisi Lansia dan Tantangan yang Dihadapi	2
C. Pentingnya Pendekatan Holistik dalam Perawatan Lansia	2
D. Prinsip-Prinsip Perawatan Holistik	4
E. Komponen Pendekatan Holistik dalam Perawatan Lansia	4
F. Implementasi Pendekatan Holistik	6
G. Manfaat Pendekatan Holistik dalam Perawatan Lansia	6
H. Tantangan dalam Implementasi Pendekatan Holistik	7
I. Solusi untuk Mengatasi Tantangan.....	7
J. Dampak Pendekatan Holistik Dalam Perawatan Lansia.....	8
K. Kesimpulan	10
L. Referensi.....	11

CHAPTER 2 PERAN KELUARGA DALAM PERAWATAN LANSIA: KETERLIBATAN DAN DUKUNGAN EMOSIONAL	13
Lexy Oktora Wilda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.....	13
A. Pendahuluan/Prolog	13
B. Konsep Peran Keluarga.....	14
C. Konsep Lansia (Lanjut Usia).....	17
D. Peran Dalam Keluarga Dengan Adanya Lansia	20
E. Mengapa Keluarga Penting Bagi Lansia	23
F. Langkah Merawat lansia	24
G. Strategi dalam Merawat Lansia.....	24
H. Keterlibatan dan Dukungan Emosional Lansia.....	25
I. Strategi Keluarga untuk Mendukung Lansia.....	25
J. Dukungan Emosional Lansia	26
K. Simpulan	26
L. Referensi.....	27

CHAPTER 3 PERAWATAN PALIATIF UNTUK KUALITAS HIDUP LANSIA

.....	29
Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep,Sp.Kep.Kom.....	29
A. Pendahuluan/Prolog	29
B. Lansia sebagai fokus pada Permasalahan Kesehatan yang dialami	29
C. Lanjut Usia Sebagai Kelompok Risiko.....	30
D. Kualitas Hidup Lansia.....	33
E. Kesimpulan	39
F. Referensi.....	40

CHAPTER 4 INTEGRASI PERAWATAN MEDIK DAN PSIKOSOSIAL

DALAM KEPERAWATAN GERONTIK	43
Ns. Umi Hani, M.Kep., Sp.Kep.Kom.	43
A. Pendahuluan/Prolog	43
B. Karakteristik dan Kebutuhan Holistik Lansia	45
C. Konsep Perawatan Medik dalam Keperawatan Gerontik	47
D. Konsep Perawatan Psikososial dalam Keperawatan Gerontik	49
E. Integrasi Perawatan Medik dan Psikososial dalam Praktik Keperawatan Gerontik.....	51
F. Studi Kasus dan Best Practices	53
G. Tantangan dan Peluang dalam Integrasi Perawatan	55
H. Kesimpulan	56
I. Referensi.....	57

CHAPTER 5 PENINGKATAN KEMANDIRIAN LANSIA MELALUI

PROGRAM REHABILITASI	63
Ns. Hyan Oktodia Basuki, M.Kep.	63
A. Pendahuluan/Prolog	63
B. Dasar Hukum Dan Kebijakan Umum	64
C. Tujuan Pemberdayaan Lansia.....	65
D. Strategi Peningkatan Kemandirian Lansia.....	66
E. Hambatan dalam Peningkatan Kemandirian Lansia.....	67
F. Sinergitas Pemerintah dalam Peningkatan Kemandirian Lansia melalui Program Rehabilitasi.....	68
G. Simpulan	75
H. Referensi.....	75
I. Glosarium.....	76

CHAPTER 6 MANAJEMEN NYERI KRONIS PADA LANSIA SECARA HOLISTIK	79
Ns. Binarti Dwi Wahyuningsih, S.Kep.Ns, M.Kes.....	79
A. Pendahuluan / Prolog	79
B. Etiologi Nyeri Pada Usia Lanjut.....	81
C. Perubahan Persepsi Nyeri.....	82
D. Perubahan Sistem Somatosensoris	83
E. Penilaian Nyeri Pada Usia Lanjut.....	84
F. Klasifikasi Dan Menilai Derajat Nyeri	85
G. Tantangan Penilaian Nyeri Pada Lansia	87
H. Perubahan Farmakinetik Dan Farmakodinamik Pada Usia	88
I. Pilihan Pengobatan Nyeri Pada Lanjut Usia	89
J. Pendekatan Non Farmakologi Dalam Mengatasi Rasa Nyeri	90
K. Kesimpulan	91
L. REFRENCE	91
PROFIL PENULIS	95

CHAPTER 1

PERAWATAN LANSIA YANG HOLISTIK DAN TERINTEGRASI

Ns. Arneliwati, M.Kep.

A. Pendahuluan

Populasi lansia di seluruh dunia meningkat pesat. Menurut laporan World Health Organization (WHO), jumlah individu berusia 60 tahun ke atas diperkirakan akan mencapai 2 miliar pada tahun 2050, hampir dua kali lipat dari jumlah saat ini. Fenomena ini disebut "silver tsunami" dan memiliki implikasi besar terhadap sistem kesehatan global.

Peningkatan angka harapan hidup telah membawa tantangan baru bagi sistem kesehatan, yang kini harus menangani beban penyakit kronis, gangguan kognitif, dan kebutuhan emosional serta spiritual lansia. Sebagai contoh, data dari Global Burden of Disease menunjukkan bahwa penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan demensia menjadi penyebab utama morbiditas di kalangan lansia. Oleh karena itu, pendekatan holistik yang mencakup dimensi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual menjadi kebutuhan mendesak.

Tidak hanya itu, perubahan struktur keluarga dan komunitas modern juga memengaruhi perawatan lansia. Banyak lansia yang hidup sendiri, jauh dari keluarga, sehingga rentan terhadap isolasi sosial dan depresi. Sebuah studi oleh Smith et al. (2020) menunjukkan bahwa lebih dari 30% lansia di perkotaan mengalami kesepian kronis, yang berdampak negatif pada kesehatan mereka secara keseluruhan. Dalam konteks ini, pendekatan holistik menawarkan solusi yang lebih manusiawi dengan fokus pada peningkatan kualitas hidup secara menyeluruh.

Perawatan lansia menjadi salah satu tantangan utama dalam sistem pelayanan kesehatan di era globalisasi ini. Populasi lanjut usia terus meningkat seiring dengan peningkatan harapan hidup. Menurut data Badan Pusat Statistik (2021), persentase lansia di Indonesia mencapai 10,8% dari total populasi, dan angka ini diproyeksikan akan terus meningkat hingga 19,9% pada tahun 2045. Hal ini menuntut adanya pendekatan perawatan yang holistik dan terintegrasi guna menjamin kualitas hidup lansia.

Pendekatan holistik dalam perawatan lansia mencakup perhatian terhadap aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pendekatan ini sejalan dengan paradigma kesehatan yang tidak hanya berfokus pada penyembuhan penyakit, tetapi juga pada peningkatan kualitas hidup. Namun, implementasi pendekatan holistik ini sering

menghadapi berbagai kendala, seperti kurangnya koordinasi antar sektor, keterbatasan sumber daya, dan pemahaman yang terbatas dari tenaga kesehatan maupun keluarga lansia.

Konteks lokal maupun global menunjukkan bahwa integrasi antara layanan kesehatan primer, dukungan komunitas, dan partisipasi keluarga adalah kunci keberhasilan dalam mewujudkan pendekatan holistik. Pengalaman negara-negara seperti Jepang dan Swedia yang memiliki program khusus untuk lansia dapat menjadi inspirasi bagi Indonesia untuk mengembangkan kebijakan dan strategi serupa.

B. Definisi Lansia dan Tantangan yang Dihadapi

WHO mendefinisikan lansia sebagai individu berusia 60 tahun ke atas, meskipun batas usia ini dapat berbeda berdasarkan konteks lokal. Dalam banyak budaya, lansia dihormati sebagai penjaga tradisi dan kebijaksanaan, tetapi perubahan sosial telah menggeser persepsi ini. Lansia kini menghadapi berbagai tantangan, seperti:

- 1. Penyakit Kronis:** Penyakit seperti diabetes, hipertensi, osteoarthritis, dan kanker menjadi tantangan utama bagi lansia. Penelitian oleh Jones (2018) menunjukkan bahwa hampir 80% lansia memiliki setidaknya satu penyakit kronis, dan 50% memiliki dua atau lebih.
- 2. Gangguan Kognitif dan Mental:** Penurunan fungsi kognitif seperti demensia dan Alzheimer memengaruhi sekitar 20% populasi lansia global. Selain itu, depresi menjadi salah satu gangguan mental yang paling umum, dengan prevalensi sekitar 15% pada lansia.
- 3. Isolasi Sosial:** Kehilangan pasangan, teman sebaya, atau hubungan dengan anak-anak dapat menyebabkan kesepian dan isolasi sosial.
- 4. Masalah Spiritual:** Lansia sering kali merenungkan makna hidup mereka, terutama saat menghadapi penyakit terminal atau kehilangan orang-orang terkasih. Tantangan spiritual ini dapat memengaruhi kesejahteraan mereka secara keseluruhan.

C. Pentingnya Pendekatan Holistik dalam Perawatan Lansia

Pendekatan holistik adalah metode perawatan yang mencakup dimensi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual individu. Konsep ini menempatkan manusia sebagai kesatuan yang utuh, bukan sekadar kumpulan bagian tubuh atau sistem organ. Dalam konteks lansia, pendekatan ini bertujuan untuk menciptakan keseimbangan antara kebutuhan medis dan kebutuhan emosional serta spiritual.

Pendekatan holistik memandang individu sebagai satu kesatuan yang utuh, bukan sekadar subjek perawatan kesehatan. Bagi lansia, perawatan holistik menawarkan peluang untuk meningkatkan kualitas hidup secara menyeluruh, yang mencakup pemenuhan kebutuhan fisik, keseimbangan emosional, koneksi sosial, dan pencapaian kedamaian spiritual. Pendekatan ini relevan mengingat lansia sering kali menghadapi tantangan kompleks yang tidak dapat diselesaikan dengan pendekatan medis saja.

Pendekatan ini juga didukung oleh kerangka kerja global seperti *Healthy Ageing Framework* dari World Health Organization (WHO). Kerangka ini menekankan pentingnya menjaga kemampuan fungsional lansia untuk mendukung mereka menjalani kehidupan yang bermakna. Dalam konteks ini, pendekatan holistik dapat menciptakan ekosistem perawatan yang lebih inklusif dan manusiawi.

Selain itu, konsep *integrated care* menjadi komponen penting dalam memastikan setiap aspek kebutuhan lansia dapat terpenuhi. Program yang mencakup koordinasi antara layanan kesehatan, sosial, dan komunitas terbukti meningkatkan hasil perawatan lansia, baik dalam aspek fisik maupun mental. Pendekatan ini sudah diterapkan di beberapa negara maju dengan hasil yang signifikan dalam mengurangi beban keluarga dan tenaga kesehatan.

Pendekatan holistik melibatkan semua aspek kehidupan lansia untuk menciptakan keseimbangan dan kesejahteraan menyeluruh. Pendekatan ini memberikan alternatif yang lebih baik dibandingkan model perawatan konvensional yang sering kali hanya fokus pada aspek medis. Berikut beberapa alasan mengapa pendekatan holistik penting:

- 1. Meningkatkan Kualitas Hidup:** Lansia yang menerima perawatan holistik cenderung merasa lebih puas dengan hidup mereka karena kebutuhan emosional dan spiritual mereka juga dipenuhi.
- 2. Mengurangi Beban Sistem Kesehatan:** Dengan mengintegrasikan perawatan preventif dan dukungan psikososial, pendekatan holistik dapat mengurangi frekuensi kunjungan rumah sakit dan biaya pengobatan.
- 3. Memperkuat Hubungan Sosial dan Keluarga:** Pendekatan ini mendorong keterlibatan keluarga dalam proses perawatan, menciptakan lingkungan yang lebih mendukung bagi lansia.
- 4. Memenuhi Kebutuhan Spiritual:** Lansia sering kali mencari makna hidup atau dukungan spiritual saat menghadapi tantangan akhir hayat. Pendekatan holistik membantu mereka menemukan kedamaian dan penerimaan.

Dalam konteks global, pendekatan holistik juga relevan untuk mencapai tujuan Sustainable Development Goals (SDGs), khususnya tujuan terkait kesehatan yang

baik dan kesejahteraan (SDG 3). Dengan fokus pada lansia, pendekatan ini berkontribusi pada pembangunan masyarakat yang inklusif dan berkelanjutan

D. Prinsip-Prinsip Perawatan Holistik

1. Person-Centered Care

Person-centered care menempatkan individu sebagai pusat perawatan. Prinsip ini menghormati nilai, kebutuhan, dan preferensi lansia, memastikan mereka menjadi mitra aktif dalam proses perawatan.

2. Interprofessional Collaboration

Perawatan holistik memerlukan kolaborasi antara berbagai profesional, seperti dokter, perawat, psikolog, pekerja sosial, dan spiritualis. Pendekatan tim ini memastikan semua dimensi kebutuhan lansia terpenuhi.

3. Pemberdayaan Keluarga dan Masyarakat

Keluarga adalah sistem pendukung utama dalam perawatan lansia. Selain itu, komunitas dapat memainkan peran penting dalam menciptakan lingkungan yang ramah lansia.

4. Penilaian Kebutuhan Holistik

Penilaian holistik menggunakan alat seperti Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) untuk mengevaluasi kesehatan fisik, mental, sosial, dan spiritual lansia.

E. Komponen Pendekatan Holistik dalam Perawatan Lansia

Pendekatan holistik mencakup beberapa dimensi berikut:

1. Dimensi Fisik: Pendekatan fisik mencakup upaya yang berfokus pada pemeliharaan, pengobatan, dan pencegahan masalah kesehatan lansia. Beberapa aspek utama yang harus diperhatikan adalah:

- a. Manajemen Penyakit Kronis: Lansia sering kali menderita penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, dan penyakit kardiovaskular. Manajemen ini mencakup kontrol rutin, pengobatan yang tepat, dan pemantauan perubahan kondisi kesehatan.
- b. Rehabilitasi Fisik: Penurunan mobilitas akibat penuaan membutuhkan intervensi melalui fisioterapi dan terapi okupasi. Aktivitas fisik yang terprogram dapat membantu meningkatkan keseimbangan, kekuatan otot, dan fleksibilitas lansia.
- c. Nutrisi Seimbang: Lansia sering mengalami perubahan nafsu makan dan gangguan pencernaan. Nutrisi yang sesuai, seperti makanan rendah garam untuk hipertensi atau kaya serat untuk pencernaan, sangat penting dalam menjaga kesehatan tubuh mereka.

- d. Pencegahan Cedera: Risiko jatuh merupakan masalah utama pada lansia. Modifikasi lingkungan, seperti pemasangan pegangan tangan dan penerangan yang cukup, sangat diperlukan untuk mengurangi risiko ini.
- e. Pemanfaatan Teknologi Kesehatan: Penggunaan perangkat seperti alat pemantau tekanan darah digital, oksimeter, dan aplikasi kesehatan untuk memantau kondisi harian lansia sangat membantu dalam mendukung pendekatan holistik pada dimensi fisik.

2. Dimensi Psikologis:

- a. Kesehatan Mental: Banyak lansia yang mengalami depresi, kecemasan, atau gangguan mental lainnya akibat isolasi sosial atau kehilangan pasangan. Dukungan psikologis melalui konseling individu atau kelompok dapat membantu mengatasi masalah ini.
- b. Stimulasi Kognitif: Lansia yang mengalami penurunan fungsi kognitif seperti demensia membutuhkan terapi kognitif untuk merangsang fungsi otak mereka. Aktivitas seperti permainan teka-teki, seni, atau pembelajaran bahasa baru dapat sangat membantu.
- c. Manajemen Stres: Stres dapat memperburuk kondisi kesehatan fisik dan mental lansia. Terapi relaksasi, mindfulness, atau yoga dapat menjadi solusi untuk mengelola stres.

3. Dimensi Sosial:

- a. Dukungan Keluarga: Keluarga memegang peran penting dalam mendukung lansia. Melibatkan anggota keluarga dalam pengambilan keputusan dan memberikan edukasi tentang cara merawat lansia adalah langkah yang sangat penting.
- b. Komunitas Lansia: Program komunitas seperti senam lansia, klub buku, atau kegiatan sosial lainnya dapat membantu mencegah isolasi sosial dan memberikan rasa kebermaknaan hidup.
- c. Intervensi Digital: Teknologi seperti video call atau media sosial memungkinkan lansia untuk tetap terhubung dengan keluarga dan teman, terutama bagi mereka yang tinggal jauh.

4. Dimensi Spiritual:

- a. Dukungan Keagamaan: Lansia sering menemukan kedamaian melalui aktivitas keagamaan seperti doa, meditasi, atau kegiatan keagamaan di komunitas mereka.
- b. Refleksi Hidup: Membantu lansia menemukan makna hidup dan menerima perjalanan hidup mereka dapat meningkatkan kesejahteraan spiritual mereka.
- c. Pendampingan Spiritual: Konselor spiritual atau tokoh agama dapat membantu lansia dalam menghadapi tantangan emosional dan spiritual.

F. Implementasi Pendekatan Holistik

Pendekatan holistik dalam perawatan lansia dapat diimplementasikan melalui beberapa strategi:

1. Tim Multidisiplin:

- a. Melakukan evaluasi menyeluruh terhadap kondisi fisik, mental, sosial, dan spiritual lansia
- b. Melibatkan dokter, perawat, psikolog, fisioterapis, pekerja sosial, dan konselor spiritual.
- c. Rapat koordinasi rutin untuk membahas kebutuhan individu pasien.

2. Edukasi Keluarga:

- a. Memberikan pelatihan kepada keluarga tentang cara mendukung lansia secara holistik.
- b. Meningkatkan pemahaman keluarga tentang pentingnya dimensi psikologis dan sosial.

3. Program Berbasis Komunitas:

- a. Membentuk kelompok dukungan lansia di komunitas.
- b. Mengadakan kegiatan seperti lokakarya kesehatan, klub hobi, atau acara sosial.

4. Pemanfaatan Teknologi:

- a. Menggunakan aplikasi kesehatan untuk memantau kondisi lansia secara real-time.
- b. Telemedicine untuk konsultasi jarak jauh.

G. Manfaat Pendekatan Holistik dalam Perawatan Lansia

1. Manfaat Fisik:

- a. Penurunan risiko penyakit kronis melalui perawatan proaktif.
- b. Peningkatan mobilitas dengan terapi fisik.
- c. Peningkatan nutrisi dan kekuatan imun melalui program makan seimbang.

2. Manfaat Psikologis:

- a. Mengurangi tingkat depresi dan kecemasan.
- b. Stimulasi mental untuk mengurangi risiko demensia.
- c. Membantu lansia menemukan kembali harga diri dan kepercayaan diri.

3. Manfaat Sosial:

- a. Meningkatkan keterlibatan dalam komunitas.
- b. Membantu lansia mengurangi isolasi sosial.
- c. Menyediakan jaringan dukungan yang lebih luas melalui keluarga dan teman.

4. Manfaat Spiritual:

- a. Membantu lansia menemukan makna hidup.
- b. Meningkatkan kedamaian batin melalui aktivitas keagamaan.

- c. Memberikan ketenangan dalam menghadapi akhir kehidupan.

H. Tantangan dalam Implementasi Pendekatan Holistik

Implementasi pendekatan holistik di Indonesia menghadapi berbagai tantangan, antara lain:

1. Keterbatasan Sumber Daya: Tenaga kesehatan yang terlatih dalam pendekatan holistik masih minim.
2. Fragmentasi Layanan: Kurangnya koordinasi antara fasilitas kesehatan, layanan sosial, dan komunitas.
3. Kesenjangan Pengetahuan: Pemahaman yang terbatas mengenai pentingnya aspek psikologis, sosial, dan spiritual dalam perawatan.
4. Keterbatasan Akses: Lansia di daerah terpencil sering kali sulit mengakses layanan kesehatan dan sosial.
5. Kendala Budaya: Beberapa komunitas masih memiliki pandangan tradisional yang menghambat penerimaan pendekatan baru dalam perawatan lansia.

Selain tantangan tersebut, adanya perbedaan kondisi ekonomi dan sosial antar wilayah menjadi hambatan tambahan. Di daerah dengan keterbatasan infrastruktur, penerapan pendekatan holistik sering kali membutuhkan inovasi, seperti pemanfaatan teknologi atau pelibatan komunitas lokal.

I. Solusi untuk Mengatasi Tantangan

Untuk menghadapi berbagai kendala di atas, diperlukan langkah strategis, antara lain:

1. Pelatihan Tenaga Kesehatan: Mengintegrasikan pendekatan holistik dalam kurikulum pendidikan kesehatan dan pelatihan lanjutan bagi profesional kesehatan.
2. Kolaborasi Antar Sektor: Membangun mekanisme koordinasi yang melibatkan pemerintah, swasta, dan komunitas.
3. Edukasi Masyarakat: Meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai pentingnya perawatan holistik melalui kampanye dan program edukasi.
4. Pemanfaatan Teknologi: Mengembangkan platform digital yang mendukung perawatan jarak jauh dan pemantauan kesehatan lansia secara real-time.
5. Penguatan Kebijakan: Pemerintah perlu mengeluarkan regulasi yang mendukung pengembangan layanan berbasis holistik.

J. Dampak Pendekatan Holistik Dalam Perawatan Lansia

Pendekatan holistik dalam perawatan lansia memberikan dampak yang signifikan terhadap berbagai aspek kehidupan individu lanjut usia. Dengan memandang lansia sebagai entitas yang terdiri dari dimensi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, pendekatan ini mampu meningkatkan kualitas hidup, mengurangi risiko komplikasi kesehatan, dan memperpanjang harapan hidup. Dampak tersebut tidak hanya dirasakan oleh lansia, tetapi juga oleh keluarga, tenaga kesehatan, dan komunitas secara keseluruhan.

1. Dampak Fisik

Pendekatan holistik berdampak langsung pada kondisi fisik lansia melalui berbagai intervensi yang mendukung kesehatan dan kebugaran mereka.

a. Peningkatan Kesehatan Fisik:

- 1) Lansia dengan penyakit kronis seperti hipertensi dan diabetes menunjukkan perbaikan yang signifikan setelah mendapatkan intervensi berbasis pendekatan holistik. Manajemen penyakit yang terintegrasi memastikan kepatuhan terhadap pengobatan dan mencegah komplikasi.
- 2) Fisioterapi dan terapi okupasi membantu lansia meningkatkan mobilitas, kekuatan otot, dan keseimbangan, sehingga mengurangi risiko jatuh.

b. Pencegahan Penyakit:

- 1) Program nutrisi yang dirancang untuk lansia membantu mencegah malnutrisi dan meningkatkan daya tahan tubuh mereka.
- 2) Edukasi tentang pola hidup sehat, termasuk olahraga ringan seperti yoga atau jalan kaki, mengurangi risiko penyakit jantung dan osteoporosis.

c. Perpanjangan Harapan Hidup:

- 1) Lansia yang mendapatkan perawatan fisik secara holistik cenderung memiliki harapan hidup yang lebih panjang karena kesehatan fisik mereka dijaga secara menyeluruh.

2. Dampak Psikologis

Pendekatan holistik memberikan perhatian besar pada kesehatan mental lansia, yang sering kali terabaikan dalam perawatan konvensional.

a. Pengurangan Depresi dan Kecemasan:

- Lansia yang mengikuti program konseling dan terapi kelompok melaporkan penurunan signifikan dalam tingkat depresi dan kecemasan.
- Aktivitas seperti meditasi dan mindfulness memberikan rasa tenang dan mengurangi stres pada lansia.

b. Stimulasi Kognitif:

- Program berbasis holistik yang melibatkan latihan otak seperti teka-teki, membaca, dan pelatihan memori membantu memperlambat penurunan kognitif, termasuk risiko demensia.
- c. Peningkatan Kesejahteraan Emosional:
- Lansia merasa lebih dihargai dan bermakna ketika kebutuhan emosional mereka dipenuhi. Hal ini meningkatkan rasa percaya diri dan kebahagiaan.

3. Dampak Sosial

Dimensi sosial adalah salah satu komponen kunci dalam pendekatan holistik yang berfokus pada menjaga hubungan sosial dan keterlibatan lansia dalam komunitas.

a. Pengurangan Isolasi Sosial:

- Lansia yang terlibat dalam program komunitas, seperti senam bersama atau klub diskusi, merasa lebih terhubung dengan orang lain dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

b. Penguatan Dukungan Keluarga:

- Edukasi bagi anggota keluarga tentang cara mendukung lansia menciptakan hubungan yang lebih harmonis. Lansia yang merasa didukung oleh keluarga cenderung memiliki kondisi psikologis dan fisik yang lebih baik.

c. Peningkatan Partisipasi Komunitas:

- Lansia yang aktif dalam kegiatan sosial cenderung memiliki pandangan hidup yang lebih positif. Mereka merasa menjadi bagian dari masyarakat yang lebih besar dan tetap produktif meskipun sudah lanjut usia.

4. Dampak Spiritual

Pendekatan holistik mengakui pentingnya dimensi spiritual dalam memberikan kedamaian batin dan makna hidup bagi lansia.

a. Peningkatan Ketenangan Batin:

- Aktivitas seperti doa, meditasi, dan refleksi hidup membantu lansia menghadapi tantangan kehidupan dengan lebih tenang.

b. Makna Hidup:

- Lansia yang diberikan kesempatan untuk mengeksplorasi dan merefleksikan hidup mereka menemukan makna dan tujuan dalam setiap fase kehidupan.

c. Kesiapan Menghadapi Akhir Kehidupan:

- Dukungan spiritual membantu lansia menghadapi akhir kehidupan dengan damai, tanpa rasa takut atau penyesalan.

5. Dampak pada Keluarga dan Komunitas

Pendekatan holistik juga memberikan manfaat signifikan bagi keluarga dan komunitas yang terlibat dalam perawatan lansia.

a. Pengurangan Beban Keluarga:

- Dengan adanya rencana perawatan yang terstruktur dan dukungan dari tim profesional, beban emosional dan fisik keluarga berkurang.

b. Peningkatan Kesadaran Komunitas:

- Komunitas yang mendukung pendekatan holistik lebih sadar akan kebutuhan lansia, sehingga menciptakan lingkungan yang lebih inklusif.

6. Dampak Ekonomi

Pendekatan holistik juga memiliki dampak ekonomi yang signifikan, baik untuk individu, keluarga, maupun sistem kesehatan secara keseluruhan.

a. Efisiensi Biaya:

- Pencegahan komplikasi melalui pendekatan holistik mengurangi kebutuhan perawatan medis yang mahal, seperti rawat inap atau prosedur darurat.

b. Produktivitas Lansia:

- Lansia yang sehat secara holistik dapat tetap berkontribusi dalam masyarakat, baik melalui pekerjaan sukarela maupun aktivitas produktif lainnya.

c. Pengurangan Beban Sistem Kesehatan:

- Dengan fokus pada pencegahan dan manajemen penyakit, pendekatan holistik mengurangi tekanan pada fasilitas kesehatan.

K. Kesimpulan

Pendekatan holistik dalam perawatan lansia adalah metode komprehensif yang mengintegrasikan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual lansia. Dengan memandang lansia secara utuh, pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, mengurangi risiko komplikasi kesehatan, dan memberikan dukungan yang berkelanjutan.

Aspek fisik mencakup pengelolaan penyakit kronis, rehabilitasi untuk meningkatkan mobilitas, dan pencegahan cedera. Lansia yang mendapatkan intervensi nutrisi dan layanan kesehatan yang terpadu memiliki daya tahan tubuh yang lebih baik, memungkinkan mereka menjalani kehidupan dengan lebih mandiri. Selain itu, aspek psikologis memberikan manfaat besar melalui dukungan emosional, terapi kelompok, dan stimulasi kognitif yang membantu mencegah depresi serta memperlambat penurunan kognitif.

Dimensi sosial menjadi pilar penting dengan mencegah isolasi sosial melalui kegiatan komunitas dan penguatan hubungan keluarga. Dukungan teknologi juga memungkinkan lansia tetap terhubung dengan keluarga dan teman. Pada aspek spiritual, pendekatan holistik memberikan kedamaian batin melalui aktivitas

keagamaan dan refleksi hidup, membantu lansia menemukan makna dan tujuan hidup.

Pendekatan ini juga berdampak positif pada keluarga, komunitas, dan sistem kesehatan. Keluarga merasa lebih terbantu dengan adanya rencana perawatan yang terstruktur, sementara komunitas menjadi lebih inklusif terhadap kebutuhan lansia. Secara ekonomi, pendekatan holistik mengurangi tekanan pada sistem kesehatan melalui pencegahan komplikasi.

Dengan dukungan kebijakan, pelatihan tenaga kesehatan, dan inovasi teknologi, pendekatan holistik mampu memberikan masa tua yang bermartabat, bermakna, dan berkualitas bagi lansia di Indonesia.

L. Referensi

- Bowling, A. (2014). *Quality of life in older age: What older people say*. Abingdon: Routledge.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology: Series A*, 59(3), 255-263. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255>
- Lund, R., Nilsson, C. J., & Avlund, K. (2010). Can the higher risk of disability in older people with poor social relations be alleviated by socio-economic resources? *European Journal of Ageing*, 7(2), 91-100. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0152-6>
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for Wellness in Older Adults*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Phelan, A., & McCormack, B. (2020). The role of family in supporting the wellbeing of older people. *Ageing & Society*, 40(6), 1205-1222. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19000390>
- Riley, M., & Riley, J. W. (2000). Age integration: Challenges and opportunities. *The Gerontologist*, 40(3), 243-250. <https://doi.org/10.1093/geront/40.3.243>
- Smith, G. C., & Hayslip, B. (2012). Resilience in adulthood and later life: What does it mean and where are we heading? *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1), 3-28. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.32.3>

- Stowe, J. D., & Cooney, M. (2015). The impact of care environments on quality of life in later life. *Journal of Aging Studies*, 34, 118-126. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.01.002>
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2018). Social participation and cognitive decline among community-dwelling older adults: A community-based longitudinal study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(5), 799-806. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw059>
- Victor, C. R., Scambler, S. J., & Bond, J. (2009). *The social world of older people: Understanding loneliness and social isolation in later life*. Open University Press.
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. Geneva: WHO Press.
- Yamada, S., & Nakamura, T. (2016). Integrated care in Japan: Innovations and challenges. *International Journal of Integrated Care*, 16(2), 1-5. <https://doi.org/10.5334/ijic.2409>
- Zarit, S. H., & Femia, E. E. (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers. *American Journal of Nursing*, 108(Suppl), 47-53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>

CHAPTER 2

PERAN KELUARGA DALAM PERAWATAN LANSIA: KETERLIBATAN DAN DUKUNGAN EMOSIONAL

Lexy Oktora Wilda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi dalam kehidupan manusia. Proses penuaan merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Lanjut usia (lansia) mengalami kemunduran fisik, sosial, dan psikologi secara bertahap dan mengakibatkan masalah kesehatan. Masalah psikologi yang sering dialami lansia salah satunya demensia (Azizah, 2011)

Produktivitas lansia menurun karena penyakit degenratif yang diderita dan dapat pula menyebabkan kecacatan (Prabasari, Juwita, & Maryuti, 2017). Activity Daily Living lansia banyak terganggu karena perubahan penurunan fungsi tubuh. Kemandirian terhadap aktivitas sehari-hari seperti makan, berpakaian dan eliminasi pada akhirnya banyak membutuhkan bantuan dari care giver (Kiik, Sahar, & Permatasari, 2018). Banyaknya perubahan yang terjadi pada lansia menyebabkan beban tersendiri untuk care giver dan hal tersebut dirasakan berat oleh seluruh anggota keluarga yang dapat menyebabkan konflik dalam keluarga.

Secara individu, pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik-biologis, mental maupun sosial ekonomi. Semakin tua umur seseorang maka akan semakin banyak penurunan fisik yang terjadi. Kondisi tersebut juga menurunkan fungsi sosial pada lansia. ketergantungan pada orang lain terutama pada keluarga menjadi sangat tinggi. Keluarga memegang peran penting agar tidak menambah masalah psikososial untuk lansia yang dapat menyebabkan depresi (Sriwidayastuti & Rosmaharani, 2020).

Peran keluarga dalam merawat lansia menjadi semakin penting di tengah perubahan sosial dan demografi yang terjadi di masyarakat modern. Lansia sering menghadapi berbagai tantangan, termasuk penurunan kondisi fisik, munculnya penyakit kronis, dan isolasi sosial. Dalam situasi ini, keluarga menjadi fondasi utama yang memberikan perawatan dan dukungan, baik secara fisik maupun emosional. Keterlibatan keluarga tidak hanya mencakup penyediaan kebutuhan dasar, tetapi juga mencakup pemberian kasih sayang, perhatian, dan rasa dihargai untuk mendukung kesejahteraan lansia secara menyeluruh. Dukungan emosional keluarga

membantu lansia merasa diterima dan tetap menjadi bagian penting dalam kehidupan keluarga. Kehadiran keluarga, komunikasi yang hangat, serta keterlibatan lansia dalam aktivitas sehari-hari dapat memberikan dampak positif pada kesehatan mental mereka. Namun, peran ini juga memiliki tantangan, seperti tuntutan waktu, kelelahan emosional, dan keterbatasan pengetahuan mengenai perawatan lansia. Oleh karena itu, pendekatan yang kolaboratif antara anggota keluarga, komunitas, dan profesional kesehatan menjadi sangat penting dalam mendukung kehidupan lanjut usia yang dilindungi undang-undang. (RI, 2020)

B. Konsep Peran Keluarga

1. Pengertian Peran

Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran juga diartikan sebagai bentuk dari perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu. (Achjar, 2010)

Menurut (Friedman, 1998) Peran didefinisikan dalam pemahaman yang lebih struktural, karena preskripsi normatif dalam keluarga, meskipun berbeda-beda. Peran menunjuk kepada beberapa set perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normatif dari seorang okupan dalam situasi sosial tertentu. Peran didasarkan pada preskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa yang individu-individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan mereka sendiri atau harapan orang lain yang terkait dengan peran-peran tersebut.

Dikatakan oleh Friedman, bahwa peran keluarga tidak dilakukan secara terpisah-pisah oleh tiap anggota keluarga, akan tetapi peran-peran tersebut akan ditanggung secara bersama-sama dengan anggota dari suatu kelompok / keluarga. Namun pada kenyataannya terkadang peran itu berubah seiring dengan kondisi dan situasi, hal ini dapat diketahui apabila terdapat salah satu anggota keluarga yang sakit. Peran keluarga selama sehat dan sakit terdapat peran yang menjadi primer yaitu menjadi perawat.

2. Peran Dalam Keluarga

mengacu pada fungsi, tanggung jawab, dan harapan yang dimainkan oleh setiap anggota dalam struktur keluarga. Peran ini dipengaruhi oleh budaya, norma sosial, dan dinamika keluarga, serta dapat berubah seiring waktu atau tahap perkembangan keluarga.

1) Peran Utama dalam Keluarga

Setiap anggota keluarga memiliki peran yang unik dan saling melengkapi.

Berikut adalah beberapa peran utama:

1) Peran Ayah

- a) Konsep: Ayah sering dianggap sebagai kepala keluarga dalam banyak budaya, dengan peran utama sebagai pencari nafkah, pelindung, dan figur otoritas.
- b) Evolusi: Di masa modern, peran ayah semakin luas, termasuk keterlibatan emosional dan pengasuhan langsung. (Michael E. Lumb, 1975)

2) Peran Ibu

Konsep: Ibu secara tradisional berperan dalam mengasuh anak, mengelola rumah tangga, dan memberikan dukungan emosional. Peran ini juga berkembang untuk mencakup tanggung jawab ekonomi dalam keluarga (Chodorow, 2020).

3) Peran Anak

Konsep: Anak-anak memiliki peran untuk belajar, tumbuh, dan menghormati orang tua. Peran anak juga melibatkan keterlibatan dalam pekerjaan rumah tangga dan membantu menjaga keharmonisan keluarga (Erikson, 1963).

4) Peran Saudara (Sibling Roles)

Konsep: Saudara memberikan dukungan emosional, menjadi teman bermain, dan dalam beberapa kasus, berfungsi sebagai pengasuh sekunder bagi adik-adiknya. Interaksi saudara dapat membentuk keterampilan sosial (Cicirelli, 1995).

5) Peran Kakek dan Nenek

Konsep: Dalam banyak keluarga, kakek dan nenek memiliki peran sebagai mentor, penjaga tradisi, dan pemberi dukungan emosional atau finansial (Bengtson, 2001b).

2) Peran Tambahan atau Situasional

Dalam keluarga, anggota juga dapat mengambil peran tertentu berdasarkan situasi atau kebutuhan:

1) Peran Pemimpin

Konsep: Seseorang yang menjadi figur otoritas atau pengambil keputusan utama, sering kali orang tua. Dalam situasi tertentu, anak yang lebih tua dapat mengambil peran ini (Minuchin, 1974).

2) Peran Mediator

Konsep: Peran ini dimainkan oleh anggota keluarga yang membantu menyelesaikan konflik di antara anggota lain (Gottman & Silver, 1999).

3) Peran Pengasuh (Caretaker)

Konsep: Anggota keluarga yang merawat anggota lain yang sakit, lanjut usia, atau anak kecil (Steven H Zarit & Eggebeen, 2002).

3) Faktor yang Mempengaruhi Peran dalam Keluarga

1) Budaya dan Tradisi

Budaya memengaruhi pembagian peran dalam keluarga, seperti pembagian tugas antara ayah dan ibu (Hofstede, 1980).

2) Gender dan Peran Sosial

Norma gender tradisional sering menentukan tugas domestik dan tanggung jawab ekonomi. Namun, perubahan sosial telah menantang peran tradisional ini (West & Zimmerman, 1987).

4) Tahap Perkembangan Keluarga

Peran keluarga berubah sesuai dengan tahap perkembangan, seperti pasangan baru menikah, orang tua dengan anak kecil, atau keluarga lanjut usia (Duvall, 1957).

3. Implikasi Positif dan Negatif dari Peran dalam Keluarga

a. Positif

- 1) Peran yang jelas menciptakan struktur dan stabilitas dalam keluarga.
- 2) Membantu anggota keluarga memahami tanggung jawab masing-masing.
- 3) Membentuk hubungan yang sehat antar anggota.

b. Negatif:

- 1) Peran yang tidak seimbang dapat menyebabkan stres, terutama jika satu anggota keluarga harus mengambil terlalu banyak tanggung jawab.
- 2) Konflik peran dapat terjadi ketika anggota keluarga tidak memenuhi harapan peran mereka (Biddle & Thomas, E.J.)

4. Tugas Perkembangan Keluarga Berkaitan dengan Lansia

Pada tahap keluarga dengan lansia, tugas perkembangan berfokus pada penyesuaian terhadap perubahan peran, kebutuhan, dan tanggung jawab yang muncul seiring bertambahnya usia anggota keluarga. Lansia menghadapi tantangan fisik, emosional, dan sosial, sementara keluarga memainkan peran penting dalam mendukung mereka melalui masa transisi ini.

a. Menyesuaikan Peran Keluarga

- 1) Perubahan peran, seperti beralihnya peran sebagai kepala keluarga kepada generasi berikutnya.
- 2) Lansia lebih sering menjadi pengasuh cucu, penasihat, atau penjaga nilai dan tradisi keluarga.
- 3) Keluarga perlu memahami kebutuhan emosi lansia, seperti penghargaan dan pengakuan.

b. Mendukung Lansia Menghadapi Pensiun

- 1) Membantu lansia menyesuaikan diri dengan hilangnya rutinitas kerja dan mencari kegiatan produktif yang sesuai.

- 2) Mengelola sumber daya keuangan untuk menjamin kesejahteraan selama masa pensiun.
- c. Menghadapi Masalah Kesehatan Lansia
 - 1) Memberikan dukungan fisik dan emosional dalam menghadapi penyakit kronis atau keterbatasan fisik.
 - 2) Memastikan lansia memiliki akses terhadap perawatan kesehatan yang memadai.
- d. Membangun Dukungan Sosial
 - 1) Membantu lansia tetap terhubung dengan komunitas atau kelompok sosial untuk mencegah isolasi.
 - 2) Mendorong keterlibatan lansia dalam kegiatan sosial yang relevan.
- e. Menghadapi Kehilangan
 - 1) Lansia sering mengalami kehilangan pasangan hidup atau teman sebaya, sehingga keluarga perlu memberikan dukungan emosional.
 - 2) Keluarga juga perlu menghadapi perasaan duka yang muncul dan membantu lansia menjalani proses tersebut.
- f. Mempersiapkan Perubahan Akhir Kehidupan
 - 1) Membantu lansia mempersiapkan dokumen hukum seperti surat wasiat atau rencana akhir kehidupan.
 - 2) Membahas keinginan lansia mengenai perawatan jangka panjang atau tempat tinggal di masa depan. (Duvall, 1977)

5. Peran Keluarga pada Tahap Lansia

- a. Mendukung Kemandirian Lansia: Menghormati hak lansia untuk tetap mandiri, selama memungkinkan, dalam membuat keputusan hidup mereka.
- b. Memberikan Perawatan: Memberikan dukungan fisik, emosional, dan finansial, terutama jika lansia kehilangan kemampuan untuk merawat diri sendiri.
- c. Mengelola Konflik Antar Generasi: Meningkatkan komunikasi yang sehat antara generasi muda dan tua untuk mencegah kesalahpahaman. (Erikson, 1982)

C. Konsep Lansia (Lanjut Usia)

1. Pengertian

Lansia, atau lanjut usia, merujuk pada individu yang telah mencapai tahap kehidupan lanjut, umumnya berusia 60 tahun ke atas. Dalam tahap ini, lansia mengalami perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang memengaruhi kebutuhan serta kontribusinya terhadap keluarga dan masyarakat.

2. Karakteristik Lansia

- a. Perubahan Fisik: Lansia sering mengalami penurunan fungsi tubuh seperti penglihatan, pendengaran, kekuatan otot, dan metabolisme.
- b. Perubahan Psikologis: Penyesuaian dengan perubahan kehidupan, seperti pensiun atau kehilangan pasangan, dapat memengaruhi kesehatan mental.
- c. Peran Sosial: Lansia sering dihormati sebagai penjaga tradisi dan nilai budaya, meskipun di beberapa konteks mereka mungkin menghadapi marginalisasi.

3. Kebutuhan Lansia

- a. Kesehatan Fisik: Perawatan kesehatan yang mencakup pencegahan penyakit kronis, rehabilitasi, dan pengelolaan gizi.
- b. Kesejahteraan Psikologis: Dukungan emosional untuk mencegah kesepian dan depresi.
- c. Interaksi Sosial: Lansia membutuhkan lingkungan yang mendukung partisipasi aktif dalam komunitas.
- d. Keamanan Finansial: Akses pada pensiun atau dukungan keuangan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. (John W. Rowe & Robert L. Kahn, 1997)

4. Peran Lansia dalam Masyarakat

- a. Penjaga Tradisi: Lansia menjadi sumber pengetahuan budaya dan sejarah keluarga.
- b. Pendukung Keluarga: Dalam banyak kasus, lansia berperan dalam mengasuh cucu atau memberikan nasihat kepada anggota keluarga.
- c. Kontributor Sosial: Lansia aktif dapat terlibat dalam pekerjaan sukarela atau kegiatan komunitas.

5. Tantangan yang Dihadapi Lansia

- a. Masalah Kesehatan: Lansia sering menghadapi penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, atau osteoarthritis.
- b. Stigma Sosial: Lansia kadang dianggap tidak produktif, yang dapat mengurangi penghargaan terhadap mereka.
- c. Kesepian: Kehilangan pasangan hidup atau teman sebaya dapat meningkatkan risiko isolasi sosial.
- d. Tekanan Ekonomi: Banyak lansia yang tidak memiliki cukup dukungan finansial untuk memenuhi kebutuhan hidup mereka. (Baltes & Baltes, 1990)

6. Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kesehatan Lansia

- a. Faktor Fisiologis
 - 1) Penyakit kronis: Lansia cenderung mengalami penyakit seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, osteoarthritis, dan osteoporosis.

- 2) Penurunan fungsi tubuh: Proses penuaan menyebabkan menurunnya fungsi organ, seperti fungsi ginjal, paru-paru, atau sistem kardiovaskular.
- 3) Risiko jatuh: Penurunan kekuatan otot, gangguan keseimbangan, dan gangguan penglihatan meningkatkan risiko cedera akibat jatuh.
- 4) Gangguan imun: Lansia lebih rentan terhadap infeksi karena sistem imun yang melemah.

b. Faktor Psikologis

- 1) Depresi dan kecemasan: Lansia sering mengalami depresi akibat kesepian, kehilangan pasangan, atau keterbatasan fisik.
- 2) Gangguan kognitif: Risiko penyakit seperti demensia dan Alzheimer meningkat seiring bertambahnya usia.
- 3) Stres dan adaptasi: Ketidakmampuan untuk beradaptasi dengan perubahan seperti pensiun atau kehilangan anggota keluarga dapat memengaruhi kesehatan mental.

c. Faktor Sosial

- 1) Isolasi sosial: Kurangnya interaksi sosial dan dukungan dari keluarga atau komunitas dapat memengaruhi kesehatan mental dan fisik.
- 2) Kemiskinan: Pendapatan yang rendah membatasi akses terhadap perawatan kesehatan, makanan bergizi, dan kebutuhan dasar lainnya.
- 3) Stigma terhadap lansia: Dalam beberapa budaya, lansia dianggap sebagai beban, yang dapat menyebabkan perasaan tidak dihargai.

d. Faktor Lingkungan

- 1) Kondisi tempat tinggal: Lingkungan yang tidak ramah lansia (seperti rumah tanpa aksesibilitas untuk lansia) meningkatkan risiko kecelakaan dan stres.
- 2) Polusi udara: Lansia lebih rentan terhadap penyakit pernapasan akibat paparan polusi udara.
- 3) Bencana alam: Lansia sering menjadi kelompok yang paling rentan dalam situasi darurat atau bencana.

e. Gaya Hidup

- 1) Kebiasaan buruk: Pola makan tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, merokok, atau konsumsi alkohol berlebihan memperburuk kondisi kesehatan lansia.
- 2) Kurang olahraga: Lansia yang tidak aktif fisik lebih rentan terhadap obesitas, penyakit jantung, dan depresi.
- 3) Keterbatasan akses terhadap perawatan kesehatan: Lansia di daerah terpencil atau tanpa jaminan kesehatan sering tidak mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan. (Asiva Noor Rachmayani, 2015). ("Journal Of Gerontology And Geriatric," 2018)

D. Peran Dalam Keluarga Dengan Adanya Lansia

1. Peran Lansia dalam Keluarga

Lansia dapat memainkan berbagai peran dalam keluarga, tergantung pada kondisi kesehatan, kemampuan fisik, dan budaya keluarga:

a. Penasehat Keluarga

Konsep: Lansia sering dianggap sebagai figur bijaksana yang memberikan nasihat berdasarkan pengalaman hidup mereka.

Contoh Peran: Memberikan panduan moral atau membantu memutuskan masalah keluarga (Erikson, 1982).

b. Penjaga Tradisi dan Nilai

Konsep: Lansia menjadi penjaga nilai-nilai tradisional, budaya, dan cerita keluarga.

Contoh Peran: Mengajarkan adat-istiadat atau menyampaikan kisah keluarga kepada generasi muda (Bengtson, 2001).

c. Pengasuh Anak atau Cucu

Konsep: Dalam banyak keluarga, lansia membantu mengasuh cucu ketika orang tua bekerja.

Contoh Peran: Mengantar anak ke sekolah atau menjaga cucu di rumah (Silverstein & Bengtson, 1997).

d. Sumber Dukungan Emosional

Konsep: Lansia dapat menjadi tempat curhat atau pemberi dukungan emosional bagi anggota keluarga (D.Ryff, 1989).

2. Peran Anggota Keluarga Lain dalam Merawat Lansia

a. Peran Anak Dewasa

Konsep: Anak dewasa memiliki tanggung jawab utama dalam memberikan perawatan fisik, emosional, atau finansial kepada lansia.

Contoh Peran:

1) Membantu aktivitas harian (ADL - Activities of Daily Living) seperti makan, mandi, atau berpakaian.

2) Memberikan dukungan keuangan untuk kebutuhan medis atau kebutuhan sehari-hari (Steven H Zarit & Eggebeen, 2002).

b. Peran Cucu

Konsep: Cucu sering berperan sebagai pendamping lansia dan penghubung antar generasi.

Contoh Peran:

Menghabiskan waktu bersama lansia, mendengarkan cerita mereka, atau membantu dalam tugas-tugas kecil (Silverstein & Long, 1998).

c. Peran Pasangan Lansia

Konsep: Pasangan lansia sering menjadi perawat utama jika salah satu dari mereka memiliki kondisi kesehatan yang lebih buruk.

Contoh Peran:

Memberikan dukungan emosional dan membantu aktivitas sehari-hari pasangan.

3. Peran Anggota Keluarga dalam Perawatan Lansia

Anggota keluarga memiliki tanggung jawab besar dalam mendukung lansia agar tetap sehat, nyaman, dan merasa dihargai di usia senja. Berikut adalah peran utama anggota keluarga dalam perawatan lansia:

a. Penyediaan Perawatan Fisik

- 1) Pemenuhan Kebutuhan Dasar: Keluarga membantu lansia memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makanan, pakaian, dan tempat tinggal.
- 2) Perawatan Kesehatan: Mendampingi lansia dalam pemeriksaan medis, memberikan obat, dan mendukung pemulihan dari penyakit.
- 3) Mobilitas: Membantu lansia yang memiliki keterbatasan gerak untuk tetap aktif atau berpartisipasi dalam kegiatan.

b. Pemberi Dukungan Emosional dan Psikologi

- 1) Dukungan Psikologis: Keluarga menjadi tempat berbagi bagi lansia, membantu mereka menghadapi perasaan kesepian, kehilangan, atau kecemasan.
- 2) Penerimaan dan Penghargaan: Memberikan rasa dihargai dan diterima melalui perhatian, kasih sayang, dan pengakuan atas kontribusi mereka dalam keluarga.

c. Peran Sosial

- 1) Menjaga Keterlibatan Sosial: Membantu lansia tetap aktif dalam komunitas atau menjaga hubungan dengan teman sebaya.
- 2) Menghubungkan dengan Teknologi: Membantu lansia memahami teknologi untuk tetap terhubung dengan keluarga yang jauh atau mengakses informasi.

d. Peran Ekonomi

- 1) Dukungan Finansial: Menyediakan kebutuhan finansial lansia, terutama jika mereka tidak memiliki sumber penghasilan tetap.
- 2) Pengelolaan Sumber Daya: Membantu mengatur pengeluaran untuk kebutuhan seperti perawatan kesehatan atau tempat tinggal.

e. Fasilitator Layanan Kesehatan

Keluarga lansia memfasilitasi untuk mengakses layanan kesehatan, seperti membawa mereka ke dokter, membantu dalam proses administrasi kesehatan, dan memastikan tersedianya rencana pengobatan.

f. Edukator dan Motivator

Keluarga memberikan pendidikan tentang pentingnya gaya hidup sehat, seperti pola makan yang baik, aktivitas fisik, dan istirahat yang cukup. Mereka juga memotivasi lansia untuk tetap aktif secara mental dan sosial.

g. Pengelola Lingkungan yang Aman

Menciptakan lingkungan yang aman bagi lansia menjadi tanggung jawab keluarga. Hal ini meliputi penyesuaian fasilitas rumah untuk mengurangi risiko cedera, seperti memasang pegangan di kamar mandi atau memastikan penerangan yang memadai (RI, 2020)

4. Tantangan Peran dalam Keluarga dengan Lansia

a. Beban Peran Ganda

Masalah: Anak dewasa yang merawat lansia sambil memenuhi kebutuhan keluarganya sendiri dapat mengalami stres emosional dan fisik.

Solusi: Mengatur jadwal perawatan dan membagi tugas dengan anggota keluarga lainnya (Schulz & Beach, 1999).

b. Konflik Peran

Masalah: Ketidakseimbangan dalam pembagian tanggung jawab merawat lansia dapat memicu konflik antar anggota keluarga.

Solusi: Mengadakan diskusi keluarga untuk menentukan peran dan tanggung jawab masing-masing .

c. Kondisi Lansia yang Membutuhkan Perawatan Khusus

Masalah: Lansia dengan penyakit kronis atau demensia memerlukan perawatan intensif, yang bisa menjadi tantangan bagi keluarga.

Solusi: Menggunakan layanan perawatan profesional seperti home care atau panti jompo jika diperlukan.

d. Tekanan Emosional: Beban psikologis dari tanggung jawab yang besar, terutama jika lansia memiliki kondisi medis kompleks.

e. Konflik Antar Generasi: Perbedaan cara pandang antara lansia dan generasi muda dapat memicu konflik.

f. Keterbatasan Waktu dan Sumber Daya: Keluarga dengan anggota yang bekerja penuh waktu sering kali menghadapi kesulitan menyediakan waktu untuk merawat lansia.

g. Kurangnya Pengetahuan: Tidak semua keluarga memiliki pengetahuan atau keterampilan untuk memberikan perawatan yang optimal (RI, 2020)

5. Faktor yang Mempengaruhi Peran dalam Keluarga dengan Lansia

a. Budaya

Dalam budaya kolektivis, merawat lansia sering dianggap sebagai tanggung jawab moral keluarga. Sebaliknya, dalam budaya individualis, perawatan lansia lebih sering diserahkan kepada lembaga profesional.

b. Kondisi Ekonomi

Keluarga dengan sumber daya ekonomi terbatas mungkin mengalami kesulitan dalam menyediakan perawatan medis atau kebutuhan lain untuk lansia.

c. Hubungan Sebelumnya

Pola hubungan antara lansia dan anggota keluarga lain (misalnya, hubungan orang tua-anak yang positif) memengaruhi kualitas perawatan.

6. Manfaat Kehadiran Lansia dalam Keluarga

a. Bagi Keluarga

- 1) Memberikan nilai-nilai tradisional dan kebijaksanaan kepada generasi muda.
- 2) Memperkuat hubungan antar generasi melalui interaksi dan kolaborasi.

b. Bagi Lansia

- 1) Meningkatkan rasa keterlibatan, kebermaknaan, dan kebahagiaan dalam keluarga.
- 2) Mengurangi risiko isolasi sosial dan kesepian. (Bengtson, 2001)

E. Mengapa Keluarga Penting Bagi Lansia

Keluarga merupakan bagian tak tergantikan dalam kehidupan lansia karena mereka menjadi sumber utama dukungan fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Berikut adalah alasan mengapa keluarga sangat penting bagi lansia:

1. Dukungan Fisik

Keluarga membantu lansia memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, tempat tinggal, dan akses ke layanan kesehatan. Lansia sering mengalami keterbatasan fisik yang membutuhkan bantuan keluarga dalam menjalani aktivitas sehari-hari.

2. Dukungan Emosional

Lansia sering kali menghadapi rasa kesepian, kehilangan, atau penurunan harga diri akibat perubahan yang terjadi pada tubuh dan kehidupan sosial mereka. Kehadiran keluarga memberikan rasa aman, kasih sayang, dan kenyamanan emosional yang penting bagi kesejahteraan psikologis mereka.

3. Meningkatkan Kesejahteraan Sosial

Keluarga memainkan peran dalam menjaga hubungan sosial lansia, baik di dalam keluarga maupun komunitas. Hal ini membantu lansia merasa dihargai dan tetap menjadi bagian dari kehidupan sosial.

4. Motivasi dan Dorongan untuk Hidup Lebih Baik

Keluarga memotivasi lansia untuk tetap menjaga kesehatan, menjalani hobi, atau bahkan berpartisipasi dalam kegiatan sosial. Hal ini membantu mereka merasa lebih bermakna dalam kehidupan sehari-hari.

5. Perlindungan dan Keamanan

Keluarga memberikan rasa aman dengan lingkungan yang mendukung dan melindungi lansia dari risiko, seperti kecelakaan di rumah atau eksplorasi dari pihak luar (RI, 2020).

F. Langkah Merawat lansia

Merawat lansia membutuhkan pendekatan yang holistik, melibatkan aspek fisik, mental, emosional, dan sosial. Berikut adalah langkah-langkah utama dalam merawat lansia:

2. Menandakan Nutrisi yang Tepat

- a. Memberikan makanan bergizi yang sesuai dengan kebutuhan lansia, seperti tinggi serat, rendah garam, dan rendah lemak.
- b. Menjaga asupan cairan untuk mencegah dehidrasi. (Santrock, 2012)

3. Menjaga Kebersihan dan Kesehatan

- a. Membantu lansia dengan kebersihan pribadi, seperti mandi, menyikat gigi, dan mengganti pakaian.
- b. Mengubah lingkungan tempat tinggal bersih, nyaman, dan aman (World Health Organization, 2002)

G. Strategi dalam Merawat Lansia

- 1. Membagi Tugas:** Melibatkan semua anggota keluarga untuk berbagi tanggung jawab.
- 2. Mencari Bantuan Profesional:** Memanfaatkan layanan caregiver atau konsultan kesehatan.
- 3. Edukasi Keluarga:** Mengikuti pelatihan atau seminar tentang perawatan lansia.
- 4. Membangun Komunikasi:** Meningkatkan komunikasi yang terbuka untuk memahami kebutuhan lansia dan mengurangi konflik. (World Health Organization, 2002)

H. Keterlibatan dan Dukungan Emosional Lansia

Pengaruh keluarga dengan lansia terhadap individu dan masyarakat mencakup berbagai aspek, mulai dari hubungan emosional, sosial, hingga ekonomi. Berikut adalah penjelasan lebih rinci tentang pengaruhnya:

1. Terhadap Individu:

- a. Peningkatan Empati dan Kesabaran: Hidup bersama lansia dapat mengajarkan anggota keluarga, terutama anak-anak, untuk lebih empati, sabar, dan menghargai keberagaman usia.
- b. Beban Emosional dan Psikologis: Anggota keluarga yang menjadi caregiver lansia sering menghadapi stres emosional akibat tanggung jawab yang besar, terutama jika lansia memiliki kondisi kesehatan yang kompleks.
- c. Pembentukan Nilai dan Tradisi: Kehadiran lansia membantu menjaga dan meneruskan tradisi, nilai, dan cerita keluarga kepada generasi berikutnya.

2. Terhadap Masyarakat:

- a. Pengaruh Sosial: Lansia yang aktif berkontribusi melalui komunitas atau kegiatan sosial membantu menjaga keseimbangan dalam masyarakat dengan pengalaman dan kebijaksanaan mereka.
- b. Dampak Ekonomi: Masyarakat dengan populasi lansia yang besar dapat mengalami tekanan pada sistem kesehatan dan jaminan sosial, terutama jika lansia membutuhkan perawatan jangka panjang.
- c. Peningkatan Solidaritas Antargenerasi: Kehidupan multigenerasi di masyarakat menciptakan ikatan yang lebih erat antara generasi muda dan tua, yang penting untuk menjaga harmoni sosial (Santrock, 2012).

I. Strategi Keluarga untuk Mendukung Lansia

1. Meningkatkan Komunikasi

Membangun komunikasi yang baik dengan lansia untuk memahami kebutuhan mereka secara lebih mendalam.

2. Melibatkan Lansia dalam Keputusan Keluarga

Membuat lansia merasa dihargai dengan melibatkan mereka dalam keputusan penting, seperti perencanaan keuangan atau aktivitas keluarga.

3. Mendorong Aktivitas Sosial

Membantu lansia tetap aktif di komunitas atau organisasi sosial yang sesuai dengan minat mereka.

4. Memberikan Dukungan Profesional

Jika keluarga tidak mampu memberikan perawatan penuh, mereka dapat bekerja sama dengan tenaga profesional, seperti perawat homecare atau konselor gerontologi. (RI, 2020)

J. Dukungan Emosional Lansia

Dukungan emosional mencakup bantuan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan psikologis lansia, seperti rasa dihargai, cinta, dan perhatian.

1. Dukungan dari Keluarga

- a. Keluarga adalah sumber utama dukungan emosional untuk lansia. Keberadaan anak-anak atau pasangan yang peduli memberikan rasa aman dan bahagia.
- b. Komunikasi yang baik dalam keluarga mengurangi perasaan kesepian dan depresi pada lansia.

2. Dukungan dari Teman Sebaya

- a. Kelompok lansia atau teman sebaya sering menjadi tempat berbagi pengalaman, saling mendukung, dan memperkuat hubungan sosial.
- b. Dukungan emosional dari sesama lansia dapat mengurangi rasa isolasi.

3. Dukungan Profesional

- a. Terapis atau konselor profesional dapat membantu lansia mengatasi masalah emosional seperti depresi, kecemasan, atau trauma.
- b. Layanan dukungan seperti kelompok pendampingan atau sesi terapi kelompok sangat bermanfaat.

4. Pentingnya Lingkungan Sosial Positif

- a. Lingkungan yang ramah lansia, seperti panti jompo yang mendukung hubungan sosial, memiliki pengaruh positif pada kesejahteraan emosional.
- b. Kehadiran komunitas yang aktif meningkatkan rasa keterhubungan dan mengurangi isolasi sosial. (RI, 2020)

K. Simpulan

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam perawatan lansia, terutama melalui keterlibatan aktif dan dukungan emosional. Dalam keterlibatan, keluarga bertindak sebagai pengelola utama kebutuhan fisik, sosial, dan kesehatan lansia, termasuk menyediakan bantuan dalam aktivitas sehari-hari, seperti makan, mandi, dan menjaga kesehatan. Selain itu, keluarga sering menjadi pendamping dalam pengambilan keputusan medis dan memberikan rasa aman secara psikologis.

Dukungan emosional menjadi aspek yang tidak kalah penting, membantu lansia merasa dicintai, dihargai, dan tidak terisolasi. Kehadiran keluarga yang peduli mampu mencegah masalah psikologis, seperti depresi atau kesepian, yang sering dialami lansia. Dengan demikian, peran keluarga yang harmonis dan penuh perhatian menciptakan lingkungan yang mendukung kesejahteraan lansia secara holistik

L. Referensi

- Achjar, K. A. H. (2010). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Sagung Seto (Cetakan I). Sagung Seto.
- Asiva Noor Rachmayani. (2015). *Word Report Aging* (p. 6).
- Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu. Graha Ilmu.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.) *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press, 1–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Bengtson, V. L. (2001a). Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63, 1–16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x>
- Bengtson, V. L. (2001b). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds (The Burgess Award Lecture). *Journal of Marriage and Family*, 7(63), 1–16. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x>
- Biddle, B. J., & Thomas, E. J. (n.d.). *Role theory: Concepts and research*. John Wiley & Sons.
- Chodorow, N. J. (2020). Women mother daughters: The Reproduction of Mothering after forty years. In *Nancy Chodorow and The Reproduction of Mothering: Forty Years On*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-55590-0_2
- Cicirelli, V. G. (1995). *Sibling Relationships across the Life Span* (1st editio). Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4757-6509-0>
- D.Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <http://coursedelivery.org/write/wp-content/uploads/2015/02/2-Happiness-is-everything-or-is-it.pdf>
- Duvall, E. M. (1957). *Family Development*. J. B. Lippincott, Philadelphia.
- Erikson, E. H. (1963). Erikson, E. H. 1. (1963). *Childhood and society*. 2d ed., rev. and enl. New York, Norton.
- Erikson, E. H. (1982). *The Life Cycle Completed*. New York : Norton.
- Friedman, M. M. (1998). *Asuhan Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC. EGC.
- Gottman, J., & Silver, N. (1999). *The Seven Principles for Making Marriage Work* . John M. Gottman and Nan Silver - summary. 1999, 1–16.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*.

- John W. Rowe, M., & Robert L. Kahn, P. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. [https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433](https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433)
- Journal Of Gerontology ang Geriatric. (2018). *Official Journal of The Italian Society of Gerontology and Geriatrics, LXVI(01)*.
- Michael E. Lumb. (1975). Father: Forgotten Contribution to Child. *Human Development*, 18(No. 4), 245-266 (22 Page).
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
- RI, K. K. (2020). Pedoman Pelayanan Kesehatan Lansia di Masyarakat. In *Kemeterian Kesehatan RI*(2nd ed.). Kemenkes RI. <https://pusdatin.kemkes.go.id>
- Santrock, J. W. (2012). *Life Span Development: Perkembangan Masa Hidup Jilid I*(B. Widayanta, Penerj.). Penerbit Erlangga. Penerbit Erlangga.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215–2219. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
- Silverstein, M., & Bengtson, V. L. (1997). Intergenerational solidarity and the structure of adult child - Parent relationships in American families. *American Journal of Sociology*, 103(2), 429–460. <https://doi.org/10.1086/231213>
- Silverstein, M., & Long, J. D. (1998). Trajectories of grandparents' perceived solidarity with adult grandchildren: A growth curve analysis over 23 years. *Journal of Marriage and the Family*, 4(60), 912–923. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/353634>
- Steven H Zarit, & Eggebeen, D. J. (2002). *Parent-child relationships in adulthood and later life*. https://www.researchgate.net/publication/284776958_Parent-child_relationships_in_adulthood_and_later_years
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender and health. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 1(2), 125–151. https://www.gla.ac.uk/0t4/crcees/files/summerschool/readings/WestZimmerman_1987_DoingGender.pdf
- World Health Organization. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

CHAPTER 3

PERAWATAN PALIATIF UNTUK KUALITAS HIDUP LANSIA

Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep,Sp.Kep.Kom

A. Pendahuluan/Prolog

Perawatan paliatif pada lansia bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dengan cara, Mengurangi gejala yang mengganggu. Mengelola nyeri dan masalah fisik, psikososial, dan spiritual. Memberdayakan pasien secara spiritual dan emosional. Membantu pasien dan keluarga menavigasi pengalaman perawatan. Sementara itu Prinsip-prinsip perawatan paliatif meliputi menghargai setiap kehidupan. Tidak mempercepat atau menunda kematian. Menghargai keinginan pasien dalam mengambil keputusan. Menggabungkan perawatan fisik dan spiritual.

Beberapa tindakan yang dilakukan dalam perawatan paliatif, antara lain: Manajemen gejala, Pemberian nutrisi dan hidrasi, Perencanaan perawatan akhir hidup, Dukungan keluarga, Diskusi mengenai end-of-life (EOL). Perawatan paliatif dapat dilakukan pada pasien dengan penyakit terminal, seperti kanker, HIV/AIDS, alzheimer, diabetes, atau gangguan pada sistem saraf yang tidak dapat diobati. Perbedaan dengan perawatan paliatif pada lansia adalah dimana menjadi lansia akan mengalami penurunan fungsi organ dan juga perubahan bentuk organ. Sehingga menjadi tua membuat seseorang kesulitan untuk memenuhi kebutuhannya. Keterlibatan kelaurga dan pemahaman perawatan pada lansia dimana kondisi kesehatan yang terus mengalami penurunan membuat perawatan pada lansia termasuk dalam perawatan Panjang dan berkelanjutan hingga mengantar pada kematian yang bermartabat.

B. Lansia sebagai fokus pada Permasalahan Kesehatan yang dialami

Lanjut usia adalah tahap perkembangan akhir dari seorang individu yang dibagi menjadi lansia dini yaitu 60-70 tahun, dan lansia dimulai dari usia 70 tahun hingga akhir kehidupan seseorang. Penduduk lansia adalah kelompok individu yang telah berusai 60 tahun ke atas (WHO, 2014), definisi tua atau lanjut usia menjadi berbeda untuk setiap negara. Sebagian besar negara-negara maju didunia telah menerima usia kronologis 65 tahun sebagai definisi tua atau lanjut usia, tetapi hal ini tidak dapat diterima dan diadaptasi oleh negara berkembang di Asia dan Afrika, sehingga PBB setuju menetapkan *cutoff* 60+ tahun untuk populasi lanjut usia. Di

Indonesia sendiri penduk lanjut usia telah ditetapkan dalam undang-undang RI nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, lanjut usia adalah individu yang telah mencapai usia 60 tahun keatas.

Hills (2018) menyatakan bahwa setiap harinya 10.000 orang didunia berusia 65 tahun dan dalam 20 tahun akan bertambah lansia berusia 65 tahun sebanyak 73 juta orang. Hal ini menandakan bahwa usia harapan hidup manusia semakin tahun akan semakin meningkat sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Di Indonesia diperkirakan kenaikan usia harapan hidup dari tahun 2020 yaitu 67,4 tahun ke tahun 2030 yaitu 71,1 tahun (Menkokesra, 2020). Bertambahnya usia harapan hidup menyebabkan jumlah lansia semakin bertambah. Hal ini menjadi pemikiran bagi pemerintah dan tenaga kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan terbaik bagi para lansia dengan segala permasalahannya.

Keliat, et al (2016) menyatakan bahwa lansia adalah periode penutupan dalam rentang kehidupan seseorang dan merupakan tahapan perkembangan psikososial yang terakhir menurut Erikson. Perkembangan psikososial lansia adalah tercapainya integritas diri yang utuh. Selanjutnya menurut Stanley dan Bare (2017), menyatakan bahwa pencapaian kepuasan integritas diri yang maksimal adalah ketika lansia mampu menerima kondisi diri dan mampu menjalankan tugas dan perkembangannya. Tugas-tugas tersebut meliputi penyesuaian diri terhadap penurunan kemampuan fisik dan kesehatan; penyesuaian diri dengan masa pensiun dan berkurangnya penghasilan keluarga; penyesuaian diri dengan kematian pasangan hidup; membentuk hubungan dengan orang yang seusia; membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan; dan penyesuaian diri terhadap peran sosial secara luwes (Harlock, 2014).

C. Lanjut Usia Sebagai Kelompok Risiko.

Populasi merupakan sekumpulan individu dimana didalamnya terdapat kesamaan baik kualitas maupun karakteristik sebagai contoh populasi lansia (Allender, Rector & Warner 2014). Sedangkan menurut Stanhope dan Lancaster (2012) populasi adalah sekumpulan orang yang memiliki satu atau lebih kesamaan karakteristik personal atau lingkungan. Selanjutnya penjelasan mengenai aggregate, aggregate adalah pengelompokan individu yang berbeda sebagai satu kesatuan dan mempunyai keterkaitan satu sama lain (Allender, Rector & Warner 2014). Dari beberapa penjelasan diatas maka dapat digambarkan bahwa mulai dari individu, keluarga, dan kelompok yang mempunyai hubungan karena adanya kesamaan sosial, personal atau kebutuhan perawatan kesehatan yang dinyatakan dalam kelompok atau populasi. Sehingga dapat disimpulkan aggregate adalah

kumpulan individu, keluarga dan masyarakat yang mempunyai karakteristik tertentu dan menjadi bagian dari masyarakat.

Risiko adalah suatu kata yang merujuk pada makna suatu peluang terjadinya suatu penyakit atau kondisi kesehatan yang menurun dan mempunyai kemungkinan untuk berkembang digunakan dalam istilah epidemiologi (Allender et al, 2014). Sedangkan menurut Stanhope dan Lancaster (2012) menyatakan bahwa Risiko merupakan peluang terjadinya suatu masalah kesehatan baik itu penyakit atau status kesehatan pada suatu waktu tertentu. Berdasarkan penjelasan diatas maka Populasi berisiko merupakan sekumpulan individu yang memiliki faktor-faktor risiko yang membuat dirinya memiliki peluang dan kemungkinan untuk terjadinya penyakit atau penurunan kesehatan dan terus berkembang.

Kelompok lanjut usia mempunyai banyak keterbatasan dan penurunan fungsi baik fisik dan mental. Hal ini membuat para lansia mempunyai kerentanan kesehatan, bukan hanya dikarenakan faktor usia namun juga turut disertai perubahan lingkungan fisik dan sosial disekitar lansia (CDC, 2013). Dikaitkan dengan konsep risiko yang dinyatakan oleh Nies dan McEwen (2017), risiko adalah peluang terjadinya peristiwa buruk atau kemungkinan orang sehat yang mempunyai faktor tertentu akan mendapatkan penyakit tetentu. Menurut Allender (2014) Populasi berisiko merupakan sekumpulan orang yang memiliki satu masalah kesehatan yang memiliki kemungkinan akan berkembang karena memiliki faktor risiko. Sehingga dapat dikatakan bahwa lansia mempunyai faktor-faktor risiko yang dapat membuatnya mengalami suatu penyakit tertentu atau gangguan kesehatan sehingga membuatnya menjadi bagian dari kelompok risiko.

Seseorang dikatakan masuk kedalam kelompok risiko apabila mempunyai faktor-faktor risiko tersebut. Menurut Nies dan McEwen (2017) faktor risiko terkait dengan individu terpapar dengan suatu keadaan atau suatu benda dan terjadi secara terus menerus seperti asap rokok, stress berlebihan, tingkat kebisingan yang tinggi atau bahkan bahan kimia yang terdapat dilingkungan. Menurut Swanson (1997) faktor risiko yang juga berkaitan adalah umur, jenis kelamin, genetik dan gaya hidup. Pendapat lain yaitu Pender (2012) menyatakan faktor-faktor risiko terdiri dari genetik, usia, karakteristik biologis, kebiasaan kesehatan individu, gaya hidup dan lingkungan. Menurut Stanhope dan Lancaster (2012) mengidentifikasi faktor-faktor risiko kesehatan antara lain: risiko biologis dan usia, risiko lingkungan (sosial ekonomi), risiko perilaku (gaya hidup). Risiko biologi merupakan faktor risiko yang berkaitan dengan faktor genetik atau perubahan-perubahan fisik terkait pertumbuhan dan perkembangan seseorang yang berkontribusi terjadinya masalah kesehatan.

Faktor risiko yang kedua adalah lingkungan, hal ini berhubungan dengan kondisi sosial ekonomi seseorang yang dapat berdampak pada status kesehatannya. Lingkungan sosial yang berisiko terhadap kesehatan antara lain: kriminalitas yang tinggi dilingkungan sekitar, sumber-sumber kesehatan dan rekresi yang tidak adekuat, lingkungan yang berpolusi udara tinggi dan kebisingan. Kemudian faktor ekonomi terkait dengan pendapatan dan pengeluaran keluarga. Sumber keuangan yang baik akan membuat keluarga mampu untuk menyediakan sumber-sumber kesehatan yaitu seperti rumah yang sehat, pakaian, makanan, pendidikan dan perawatan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2012).

Dan faktor risiko lain menurut Stanhope dan Lancaster (2012) yaitu perilaku atau gaya hidup. Dalam hal ini dijelaskan bahwa perilaku kesehatan sesorang diyakini oleh nilai kesehatan yang dimiliki, pola kebiasaan sehat, dan persepsi terhadap risiko kesehatan. Gaya hidup yang berisiko terhadap kesehatan meliputi pola makan, aktivitas, istirahat dan tidur, kebiasaan konsumsi obat dan rokok dan alkohol dan perilaku kekerasan dalam keluarga. Beberapa faktor Risiko yang terjadi pada lanjut Usia:

1. Risiko Biologi dan Berhubungan dengan Lanjut Usia.

Menjadi lanjut usia merupakan suatu keadaan yang tak terelakkan dari suatu siklus kehidupan dan hal ini merupakan bagian dari keadaan biologis tubuh manusia (Shanker, 2011). Menurut Stanhope dan Lancaster (2012) faktor biologi menjadi salah satu penentu kondisi sehat atau sakit seorang lansia, beberapa kondisi penentu status kesehatan seperti genetik, ras, dan gender. Sedangkan menurut Miller (2012) lebih menekankan bahwa faktor biologi berpengaruh pada perubahan dan penuruan kemampuan fungsi tubuh, dimana lansia mengalami penurunan fungsi fisik, peningkatan kerentanan pada faktor risiko, penurunan kesehatan dan kualitas hidup.

Penuruan fungsi musculoskeletal yang menyebabkan penuruan tonus otot, kekuatan dan daya tahan merupakan salah satu akibat dari penurunan fungsi biologis tubuh. Hal ini mengakibatkan terganggunya pemenuhan kebutuhan dan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, yang membuat lansia enggan untuk mencari bantuan kesehatan dan lansia bersiko mengalami penurunan kualitas hidup.

2. Risiko Lingkungan.

Pentingnya risiko lingkungan pada kesehatan salah satunya untuk meningkatkan harga diri lansia. Kondisi ini akan meningkatkan risiko gangguan kesehatan seperti tingginya angka kejahatan, individu tanpa rekreasi, individu dengan kontaminasi dan tingginya stress lingkungan. Beban psikologis akan menghasilkan stress lingkungan. Beban psikologis akan menghasilkan stress

dalam diri dan juga berefek menjadi stressor baru bagi orang lain. Apabila didukung dengan coping yang tidak adekuat dan sumber coping yang tidak ada maka penurunan kesehatan akan terjadi (Stanhope & Lancaster, 2012).

Selanjutnya, apabila secara sosial individu mempunyai kedudukan maka pada masa lansia perubahan yang dirasakan akan lebih berpengaruh. Adanya perasaan kehilangan perlakuan yang selama ini dirasakan seperti dihormati, diperhatikan dan diperlukan. Kondisi ini akan berdampak pada psikologis dan kesehatan lansia. Hal ini akan menjadi stressor yang jika tidak diantisipasi akan menimbulkan stress beserta manifestasi dan gangguan kesehatan pada lansia (Depkes, 2013).

3. Risiko Perilaku atau gaya Hidup.

Hampir sulit membedakan antara faktor gaya hidup dengan hal keturunan, selama ini kebiasaan pada suatu keluarga seperti pola makan dan gaya aktifitas yang tidak baik akan menimbulkan penyakit yang sama pada anggota keluarga. Sehingga hal ini diartikan menjadi penyakit yang diakibatkan keturunan atau genetik padahal sebenarnya diakibatkan oleh faktor gaya hidup yang serupa. Membiasakan diri dalam melakukan aktifitas secara teratur dapat bermanfaat dan dapat mempertahankan status kesehatan lansia (Stanhope dan Lancaster, 2014).

4. Faktor risiko perilaku atau gaya hidup ini sudah dilakukan oleh lansia sejak lama dan efek dari suatu kebiasaan tidak dirasakan secara instan atau cepat, sehingga hal ini menjadikan faktor perilaku menjadi sulit untuk dirubah (McMurray, 2013). Hampir 70% lansia yang mengalami ketidakmampuan fisik diakibatkan oleh perilaku yang tidak sehat, disamping juga diakibatkan karena adanya proses menua. Untuk merubah atau menghilangkan faktor risiko ini perlu dilakukan upaya promotif yang ekstra kuat seperti upaya berhenti merokok, diet rendah garam, membiasakan diri untuk melakukan aktifitas secara teratur seperti olahraga, membatasi alkohol, mengurangi berat badan (Miller, 2012).

D. Kualitas Hidup Lansia

1. Pengertian Konsep Kualitas hidup.

Sebagai gambaran awal menurut data CNC (Univasion kesehatan, kesejahteraan dan keamanan) pada tahun 2015 memperkirakan pengeluaran biaya pelayanan medis telah meningkat sembilan kali lipat dalam sembilan tahun terakhir, jika dibiarkan pada tahun 2030 setiap negara didunia membutuhkan 25% dari keseluruhan anggaran biayanya belanja negaranya hanya untuk pelayan medis terutama pengobatan. Hal ini diakibatkan karena populasi menua yang semakin meningkat dan pertambahan penyakit kronis yang diderita oleh lansia. Sehingga dibutuhkan suatu strategi untuk membantu lansia mampu hidup sehat, dan mengoptimalkan kualitas hidup mereka. Kualitas hidup menurut *World Health*

Organization Quality Of Life Group (2004) sebagai persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup seseorang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup individu yang satu dengan yang lain akan berbeda, hal itu tergantung pada definisi atau interpretasi masing-masing individu tentang kualitas hidup yang baik. Kualitas hidup akan sangat rendah apabila aspek-aspek dari kualitas hidup itu sendiri masih kurang dipenuhi.

Berdasarkan Mollenkopf & Walker (2017) menyatakan bahwa kualitas hidup secara teoritis meliputi kesehatan fisik individu, kesejahteraan psiko-sosial dan fungsi, independensi, kontrol atas kehidupan, keadaan materi, dan lingkungan eksternal. Konsep ini tergantung pada persepsi individu, dan mungkin dimediasi oleh faktor kognitif. Sedangkan menurut Pawton (2002 dalam Birrens, et al 2014) mendefinisikan kualitas hidup dalam dua bagian yaitu pertama secara desain struktur dan detail dari konten. Sacara konseptual struktur dijelaskan bahwa kualitas hidup merupakan evolusi multidimensional dari hubungan intrapersonal dan kriteria sosial normatif, dimana kualitas hidup adalah sebuah gambaran perjalanan kehidupan dari masa lalu dan saat ini.

Definisi kualitas hidup secara detail konten menurut Birrens et al (2014) bergerak dari konsep kebutuhan manusia, dimana didalamnya terdiri dari kemampuan berperilaku, cara pandang terhadap kualitas hidup yang dirasakan, lingkungan dan kesejahteraan psikologis. Dimana perilaku dalam upaya memenuhi kebutuhan hidup disaat lansia mempunyai keterbatasan dan penuruan fungsi, hal ini menggambarkan persepsi terhadap kualitas hidup yang dirasakan dimana kebutuhan hidup tetap atau semakin bertambah sementara kemampuan berkurang. Lingkungan menentukan perubahan kebutuhan hidup yang apabila tidak terpenuhi secara adekuat akan menentukan status kesehatan psikologis.

2. Komponen dalam kualitas hidup.

Kualitas hidup merupakan gambaran bagaimana cara seseorang mencapai derajat kesehatan seoptimal mungkin dan memenuhi kebutuhan hidup. Kualitas hidup sangat menekankan peran aktif dari pengalaman pribadi dan kapasitas individu, sehingga kualitas hidup dapat dinyatakan dalam bentuk subjektif dan objektif. Secara subjektif kualitas hidup terdiri dari rasa kesejahteraan dan pengembangan pribadi. Dan menurut objektif adalah elemen yang dipahami sebagai kualitas kondisi yang mewakili peluang untuk melakukan eksplorasi yang hanya dimiliki oleh orang yang hidup.

Kualitas hidup secara subjektif adalah bagaimana seseorang memandang dan merasakan dirinya sebagai bentuk dari gambaran status kesehatan. Dimana

seseorang memenuhi kebutuhan kehidupan dengan cara yang ia miliki atau kemampuan. Cara memenuhi dapat dilakukan dengan bekerja kemudian memperoleh uang dan memenuhi kebutuhannya. Sedangkan kualitas hidup objektif lebih mengarah kearah hubungan sosial dengan manusia lain atau memandang tingkat kesejahteraan seseorang pada gambaran kehidupannya.

Berdasarkan Dewi (2015) menyatakan kualitas hidup dan menua dengan sukses adalah dua konsep utama yang penting dalam pengkajian dan perawatan pada lansia. Secara umum kualitas hidup mencakup semua area kehidupan yaitu komponen lingkungan dan material, komponen fisik, mental dan sosial. Agar lebih memudahkan dalam penetapan komponen kualitas hidup terdapat hal penting yang diutamakan: kualitas hidup tidak dapat disamakan dengan status kesehatan ataupun kemampuan fungsional, kualitas hidup lebih didasarkan oleh oleh evaluasi subjektif daripada parameter objektif, tidak terdapat perbedaan yang jelas antara indikator-indikator kualitas hidup dengan faktor yang menentukan kualitas hidup, kualitas hidup dapat berubah seiring waktu namun tidak banyak, kualitas hidup dapat dipengaruhi secara positif dan negatif.

Komponen kualitas hidup tidak dapat dipisahkan dengan aspek-aspek kehidupan seseorang, hal ini tergantung dari apa yang menjadi kepentingan dalam aspek pemenuhan kebutuhan hidup seseorang. Sehingga membuat hal ini menjadikan kualitas hidup sangat spesifik dan sangat subjektif. Aspek-aspek kehidupan yang berkaitan dengan kualitas hidup adalah kehidupan keluarga (hubungan dan situasi dalam rumah tangga), kesejahteraan psikologis (struktur psikologis dari manusia), kesejahteraan psikologis (struktur psikologis dari manusia), aspek-aspek fungsional (pekerjaan), aspek-aspek somatis (Kesehatan), aspek-aspek lingkungan (kerja sama dengan lingkungan sekitar), aspek-aspek eksistensial (kondisi kehidupan).

Bentuk Perawatan paliatif kualitas hidup yang dapat dilakukan oleh perawatan unutk meningkatkan kualitas hidup lansia yakni:

a. Kesejahteraan Fisik.

Fisik atau jasmani erat kaitannya dengan fungsi tubuh dan organ serta sel didalamnya. Kemampuan seseorang untuk beraktifitas dan melakukan kegiatan seperti yang diinginkan hal tersebut merupakan salah satu penggambaran kesehatan fisik. Kesehatan fisik atau yang disebut dengan *physical well-being* terdapat unsur kebugaran, keamanan fisik, dan kemampuan mobilitas. Kondisi tubuh yang sehat, seimbang, dan serasi sebagai homeostasis. Kondisi tersebut pada hakekatnya merupakan perwujudan kondisi fisik atau jasmani yang stabil, dinamis, serasi, konstan dan seimbang.

Oleh karena itu, aktifitas kehidupan walaupun bervariasi mempunyai satu tujuan yaitu kesehatan tubuh atau kesehatan fisik atau kesehatan jasmani.

b. Kesejahteraan Material.

Material erat kaitannya dengan kepemilikan benda-benda disekitar dan terkait kepemilikan asset dan uang. kebutuhan materi erta kaitannya dalam pemenuhan kebutuhan sehingga *material wellbieng* termasuk didalamnya adalah kepemilikan rumah, kendaraan kondisi lingkungan disekitar lansia dan berbagai faktor penunjang unutk terpenuhinya kebutuhan. Hal ini dapat juga berupa membiarkan lansia berada pada lingkungan yang ia kenal dan menjelang akhir hayatnya hidupnya ia berada pada wilayah yang ia kenal dan berada pada territorial yang lansia jalani selama hidupnya. Perubahan yang tiba tiba pada ligkungan dapat menyulitkan lansia dalam meingkatakan kualitas hidup, hal ini berkaitan dengan kemampuan beradaptasi yang sulit dilakukan ketika usia tua.

c. Kesejahteraan sosial

Kesejahteraan sosial dibagi menjadi dua cara pandang yaitu hubungan interpersonal meliputi kehidupan rumah tangga, hubungan dengan keluarga, kehidupan dengan kerabat dan saudara, hubungan dengan teman atau rekan. Tetap mempunyai peran sebagai kepala keluarga atau peran lain yang selama ini dijalani oleh lansia sangat membantu dalam meningkatakan kesejahteraan sosial lansia. Perawat dapat memberikan masukan kepada keluarga untuk tetap melibatkan lansia dalam setiap tindakan dan pengobatan yang akan dilakukan pada diri lansia. Dalam keluarga keluarga dapat memberikan lansia kesempatan untuk memberikan masukan dalam keputusan keluarga yang akan diambil.

Cara pandang kedua adalah keterlibatan dalam masyarakat, keaktifan dalam kegiatan masyarakat dan besaranya penerimaan dan dukungan masyarakat. Lansia yang memiliki kegiatan social dimasyarakat akan lebih sehat secara psikososial secara langsung dan lebih sehat secara fisik secara tidak langsung. Hal ini diakibatkan dengan adanya motivasi dalam diri lansia untuk mengikuti kegiatan tersebut sehingga membuat lansia secara optimal untuk mampu menyehatkan kondisi tubuhnya. selain itu juga lanisa akan menjalani interaksi sosial yang baik, dapat berupa dengan teman sebaya atau orang orang yang selalu berbagi carita dengan lansia. Aspek sosial merupakan suatu aspek yang penting dalam kehidupan lansia berkaitan dengan masalah penuruan kemampuan lansia dalam memenuhi kebutuhan yang harus membutuhkan bantuan orang lain.

d. Pengembangan dan aktifitas.

Pada dimensi ini berkaitan dengan kepemilikan dan penggunaan keahlian baik dalam hubungan dengan self-determination dan pencapaian aktifitas fungsional. Pada masa lansia erat hubungan dengan masa pensiun dimana justru lansia mengalami penurunan atau bahkan penghentian terhadap pengembangan diri.

e. Kesejahteraan emosional

Pada aspek ini meliputi afek atau mood, kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan, kepercayaan diri, agama, dan status kehormatan. Lansia cenderung sulit untuk mencapai kesejahteraan emosional hal ini diakibatkan karena kebanyakan lansia sulit untuk menerima penuruan fungsi tubuh yang ia alami dan hal ini mengakibatkan penuruan kepercayaan diri dan dapat berakhir pada fase depresi.

Selanjutnya pada tahun 2012 WHO dalam *World health organization quality of life-100* (WHOQOL-100) menyebutkan untuk mencapai kualitas hidup yang optimal maka seorang lansia harus memenuhi enam komponen yaitu:

a. Komponen Fisik.

Kesehatan fisik adalah hal dasar dari suatu kondisi kesehatan seseorang, kualitas hidup tercapai optimal apabila lansia merasakan bebas dari rasa sakit dan mempunyai rasa nyaman dalam beraktifitas fisik. Sebagaimana diketahui bahwa lansia cenderung akan mengalami kelemahan dan penurunan kesehatan fisik dan hal ini sangat berpengaruh pada aktifitas pemenuhan kebutuhan, selanjutnya kepuasaan terhadap kemampuan pemenuhan kebutuhan akan menggambarkan kualitas hidup yang dimiliki oleh lansia. Penelitian yang dilakukan oleh Yenni dan Herwana, (2016) menunjukkan bahwa sekitar 87,3% lansia di Indonesia menderita penyakit kronis dan 45,7% diantaranya tidak menyadarinya. Sedangkan Widanarta (2014) menyatakan Kesejahteraan fisik didefinisikan sebagai sesuatu yang seseorang dapat mencapai dengan mengembangkan semua komponen yang terkait dengan kesehatan atau gaya hidupnya. Kebugaran kardiorespirasi mencerminkan daya tahan seseorang, kekuatan otot, fleksibilitas, dan komposisi tubuh. Kesejahteraan fisik termasuk nutrisi yang tepat, manajemen berat badan, istirahat yang cukup dan tidur yang teratur.

b. Komponen Psikologis

Kualitas hidup lansia tidak akan terlepas dari komponen psikologis, hal ini dikarenakan psikologis membentuk perilaku sehat dengan mengacu pada sikap preventif yang dimiliki manusia. Kemudian mengarah pada kebiasaan manusia untuk menjaga kesehatan, mempelajari penyebab terjadinya masalah kesehatan dan membentuk sikap dalam penanganan suatu penyakit yang

diderita. Komponen ini meliputi perasaan positif, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, harga diri, citra diri dan penampilan serta perasaan negatif.

c. Komponen Tingkat Kemandirian.

Tingkat kemandirian sangat erat kaitannya dengan kesehatan fisik lansia. Gangguan aktifitas fisik menyebabkan gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dimana, kebutuhan lansia justru semakin meningkat keadaan ini yang membuat lansia sering mengalami stress dan kesulitan dalam mencapai kualitas hidup yang optimal. Lansia yang mengalami kemunduran fisik tidak mampu untuk berperilaku sehat. Gambaran tingkat kemandirian akan sejalan dengan kamampuan lansia dalam memnuhi kebutuhan kebutuhan sehari hari yang harus dipenuhi. Tingkat kemandirian menggambarkan bagaimana lansia mampu secara otonomi dan bebas dalam beraktifitas tanpa bantuan dari orang lain.

d. Komponen Hubungan Sosial.

Pada komponen ini mempunyai beberapa hal yang mempengaruhi status kesehatan yaitu hubungan personal, dukungan sosial dan aktivitas sosial. Semakin baik dukungan keluarga terhadap lansia, proporsi lansia yang berperilaku sehat kategori baik juga semakin besar. Kelompok lansia yang berperilaku sehat kategori baik mungkin disebabkan karena keluarga mampu dan mau menyediakan sarana yang dibutuhkan lansia, serta perilaku keluarga juga dapat dijadikan sebagai referensi lansia dalam berperilaku sehat maupun berperilaku tidak sehat. Hubungan sosial berkaitan langsung dengan kualitas hidup lansia karena digunakan untuk memenuhi kebutuhan seperti belajar dan bekerja, komunikasi personal, perawatan diri dan pencegahan perilaku agresif.

e. Komponen Lingkungan.

Pada komponen ini berkaitan dengan pendukung eksternal terhadap pemenuhan kebutuhan lansia diantaranya yaitu keamanan dan keselamatan, lingkungan rumah, sumber finansial, perawatan kesehatan dan sosial, akses dan kualitas. Menurut Noll (2014) lingkungan menjadi salah satu faktor penentu tingkat kesejahteraan dan kesehatan seorang lansia, karena lingkungan dapat menjadi sumber kebutuhan, cara pemenuhan kebutuhan dan indikator apakah kebutuhan tersebut sudah tepenuhi atau belum. Selanjutnya menurut Niceforow (2000 dalam Noll, 2014) lingkungan juga termasuk sosial ekonomi dan sumber pendapatan suatu keluarga terutama dalam bidang mendapatkan fasilitas dan pelayanan kesehatan.

f. Komponen Agama/ spiritual/ kepercayaan pribadi.

Spiritual erat kaitannya dengan agama dan nilai religius seseorang, penerimaan dengan kondisi yang dimiliki saat ini seperti penuruan kesehatan,

penurunan fungsi organ tubuh, keterbatasan dalam melakukan aktifitas dan kegagalan dalam memenuhi kebutuhan hal ini menggambarkan kondisi spiritual yang positif. Aspek spiritual dan religius seseorang akan meningkat ketika sedang mengalami penyakit kronis dan penurunan fungsi tubuh dan ketika menjelang kematian. Pada negara-negara yang mempunyai suatu keyakinan agama tertentu menggambarkan suasana religius yang sangat tinggi ketika seseorang memasuki usia lansia, dapat digambarkan di Indonesia yang mayoritas beragama Islam. Lansia akan cenderung lebih rajin dalam melakukan ibadah keagamaan yang mereka anut.

E. Kesimpulan

Kondisi lansia atau menjadi tua bukanlah sebuah penyakit, kondisi lansia sering kali memiliki karakteristik dengan tingkat kecemasan dan depresi yang cukup tinggi yang disebabkan oleh ketidakmampuan menerima perubahan pada diri lansia. Dan keberhasilan pencapaian kualitas hidup yang optimal tidak hanya ditentukan oleh kondisi fisiologis saja, tetapi juga kondisi psikologis. Distress fisik yang ditangani secara inadekuat, sistem perawatan yang terpecah pecah, biaya rumah sakit yang mahal dan stress hospitalisasi dapat menyebabkan kualitas hidup pada lansia menurun. Usaha yang dapat dilakukan dalam menyelesaikan permasalahan penurunan kualitas hidup pada lansia adalah dengan menciptakan layanan bagi lansia untuk dapat mengurangi rasa stress yang dideritanya. Merencanakan tempat perawatan paliatif sebagai tempat bagi para pasien lansia untuk mengurangi rasa stress akibat dari penyakit dan perawatan medis yang diterimanya. Pendekatan paliatif dipilih untuk diterapkan pada lansia karena kebutuhan untuk kehadiran lingkungan yang dapat mengurangi faktor stress selama periode pemulihan sangat diperlukan. Dan dengan metode evidence-based yang dapat diartikan sebagai penerapan suatu hasil penelitian pada perawatan yang diberikan akan dapat mengartikan faktor-faktor yang mendukung terbentuknya kondisi sehat fisik dan psikologis sebagai upaya untuk meminimalkan tingkat stress dan menciptakan kualitas layanan untuk menyembuhkan. Dalam pelayanan keperawatan paliatif pada lansia dibutuhkan interaksi fisik dan psikososial sehingga layanan keperawatan yang diberikan dapat menjadi optimnal.

F. Referensi

- Allender, J.A., Rector, C.,& Warner, K.D. (2014). *Community & Public Health Nursing Promoting The Public's Health*(8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Birrens, M.A, et al.(2014). Quality of life: measures and meanings in social care research. The School for Social Care Research. The School for Social Care Research was set up by the National Institute for Health Research (NIHR) to develop and improve the evidence base for adult social care practice in England in 2009. It conducts and commissions high-quality research. <http://sscr.nihr.ac.uk/PDF/MR/MR16.pdf>
- DEPKES .(2013). Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Situasi dan Analisis Lanjut usia. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-lansia.pdf>
- Dewi,D, R.(2015). Kesejahteraan psikologis lansia janda/duda ditinjau dari persepsi terhadap dukungan sosial dan gender. Jurnal Psikologi Universitas Diponegoro V0l.13 No.2 Oktober 2015, 102-106
- Hills, B. T. (2018). Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* Volume 38, Issue 5, pages 360–372, October 2018
- Hurlock, Elizabeth B. 2014 . Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Rentang Kehidupan edisi kelima. Jakarta : Erlangga
- Keliat, B. A. (2016). manajemen Keperawatan psikososial dan Kader kesehatan Jiwa. EGC. Jakarta
- Kementrian Koordinator Bidang Kesra. (2020). Usia harapan hidup penduduk Indonesia. <http://data.kemenkopmk.go.id/content/usia-harapan-hidup-penduduk-indonesia>
- McMurray.J.J. (2013). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. A systematic review of randomized trials. *JACC*: <http://content.onlinejacc.org/>

- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adult: theory and practice* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mollenkopf. H & Walker, A. (2017). Quality of Life in Old Age: International and Multi-Disciplinary Perspectives. Netherlands: Springer.
- Nies,M.A & McEwen.,M.(2017). Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations.Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2012). Health promotion in nursing practice.(4th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2012). Public health nursing population centered health care in the community(8th ed.)Missouri: Elsevier
- Stanley.M., & Beare.P.G.(2017). Buku ajar Keperawatan Gerontik. Ed 2. Jakarta: EGC.
- World Health Organization (WHO). (2014). Health statistics and information systems Definition of an older or elderly person. Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project.
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Yenny,A & Herwana. E. (2016). Prevalensi penyakit kronis dan kualitas hidup pada lanjut usia di Jakarta Selatan.Universa Medicina: Oktober-Desember 2016, Vol.25 No.4.

CHAPTER 4

INTEGRASI PERAWATAN MEDIK DAN PSIKOSOSIAL DALAM KEPERAWATAN GERONTIK

Ns. Umi Hani, M.Kep., Sp.Kep.Kom.

A. Pendahuluan/Prolog

1. Pentingnya keperawatan gerontik dalam konteks *aging population*

Populasi lanjut usia (lansia) di seluruh dunia terus mengalami peningkatan signifikan, mencerminkan keberhasilan berbagai kemajuan dalam bidang kesehatan, teknologi medis, dan kebijakan publik. Data dari World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa pada tahun 2020, jumlah individu berusia 60 tahun ke atas telah melebihi jumlah anak di bawah usia lima tahun untuk pertama kalinya dalam sejarah. Diproyeksikan bahwa pada tahun 2050, populasi lansia akan mencapai 2,1 miliar, naik dari 1 miliar pada tahun 2020 (WHO, 2021). Di 11 kawasan Asia Tenggara terdapat 142 juta lansia dan diperkirakan akan terus meningkat hingga 3 kali lipat di Tahun 2050. Demikian juga di Indonesia, jumlah lansia telah mencapai 10,8% dari total populasi dan diperkirakan akan terus meningkat hingga 20% pada tahun 2045 (BPS, 2024), menjadikan Indonesia salah satu negara dengan populasi aging society.

Kondisi ini menghadirkan tantangan besar bagi sistem pelayanan kesehatan, terutama dalam memastikan bahwa lansia menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka yang unik. Keperawatan gerontik, yang berfokus pada perawatan dan peningkatan kualitas hidup lansia, menjadi sangat penting dalam konteks ini. Perawat gerontik tidak hanya bertanggung jawab untuk menangani masalah kesehatan fisik, tetapi juga aspek psikologis, sosial, dan spiritual yang berkontribusi terhadap kesejahteraan lansia secara keseluruhan.

Keperawatan gerontik juga berperan dalam mendukung penuaan yang sehat (*healthy aging*) melalui promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemberdayaan lansia agar menjadi lansia yang mandiri. Dengan meningkatnya jumlah lansia yang hidup lebih lama namun tidak selalu lebih sehat, pentingnya peran perawat gerontik menjadi semakin krusial untuk memastikan bahwa kebutuhan lansia terpenuhi dengan cara yang efektif dan bermartabat (Zhao et al., 2023).

2. Kompleksitas kebutuhan kesehatan lansia

Lansia sering kali menghadapi berbagai masalah kesehatan yang kompleks dan saling berkaitan. Perubahan fisiologis akibat proses penuaan meningkatkan risiko terjadinya penyakit degeneratif seperti hipertensi, diabetes, osteoarthritis, dan demensia (Tobing & Nadhifa, 2024). Selain itu, polifarmasi, atau penggunaan banyak obat secara bersamaan, menjadi masalah umum yang dapat meningkatkan risiko efek samping dan interaksi obat yang berbahaya. Kondisi ini membutuhkan penanganan medik yang cermat dan berkelanjutan (Wardhani et al., 2024).

Namun, kebutuhan kesehatan lansia tidak hanya terbatas pada aspek fisik. Lansia juga menghadapi berbagai tantangan psikososial, seperti kehilangan pasangan hidup, perubahan peran sosial, isolasi sosial, dan kecemasan akan kematian. Kesepian menjadi salah satu masalah signifikan yang dialami oleh lansia, yang mempengaruhi kesehatan mental dan fisik secara substansial (Pefbrianti et al., 2024). Depresi dan kecemasan juga sering tidak terdeteksi pada lansia, sehingga memperburuk kualitas hidup mereka.

Pendekatan yang terintegrasi antara aspek medik dan psikososial menjadi kunci dalam memenuhi kebutuhan lansia secara menyeluruh. Tanpa perhatian yang memadai terhadap kesehatan mental dan sosial, upaya untuk meningkatkan kesehatan fisik lansia dapat menjadi kurang efektif. Oleh karena itu, penting untuk mengadopsi strategi perawatan yang mempertimbangkan semua dimensi kebutuhan lansia secara bersamaan.

3. Pentingnya pendekatan holistik dan terintegrasi dalam perawatan lansia.

Pendekatan holistik dalam keperawatan gerontik berarti melihat lansia sebagai individu yang utuh, dengan kebutuhan yang melibatkan dimensi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pendekatan ini sejalan dengan model biopsikososial, yang menekankan bahwa kesehatan adalah hasil dari interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial (Touhy & Jett, 2021). Dalam konteks lansia, pendekatan holistik tidak hanya memfokuskan pada diagnosis dan pengobatan penyakit, tetapi juga pada kualitas hidup, kesejahteraan emosional, dan hubungan sosial mereka.

Integrasi perawatan antara aspek medik dan psikososial menjadi elemen kunci dalam pendekatan ini. Sebagai contoh, lansia dengan penyakit kronis seperti diabetes memerlukan manajemen medis yang cermat, tetapi pada saat yang sama, mereka juga membutuhkan dukungan psikologis untuk menghadapi stres akibat penyakitnya. Intervensi psikososial, seperti konseling, terapi kelompok, atau aktivitas sosial yang terstruktur, dapat membantu mengurangi beban emosional dan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan.

Kolaborasi antara berbagai profesi kesehatan, termasuk dokter, perawat, psikolog, pekerja sosial, dan terapis okupasi, diperlukan untuk menciptakan layanan yang terintegrasi. Model *person-centered care* atau perawatan yang berpusat pada individu dapat menjadi kerangka kerja yang efektif dalam implementasi integrasi ini. Pendekatan ini memastikan bahwa lansia tidak hanya menjadi objek perawatan, tetapi juga terlibat aktif dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya (Sillner et al., 2021).

Dengan mengadopsi pendekatan holistik dan terintegrasi, perawatan lansia dapat menjadi lebih efektif, manusiawi, dan bermakna. Hal ini tidak hanya memberikan manfaat bagi lansia, tetapi juga bagi keluarga mereka, komunitas, dan sistem kesehatan secara keseluruhan. Oleh karena itu, integrasi perawatan medik dan psikososial harus menjadi prioritas dalam pengembangan keperawatan gerontik di masa depan.

B. Karakteristik dan Kebutuhan Holistik Lansia

1. Karakteristik Fisik dan Kesehatan Lansia

Populasi lansia memiliki karakteristik fisik dan kesehatan yang unik akibat proses penuaan yang alami. Perubahan ini memengaruhi hampir semua sistem tubuh, termasuk sistem kardiovaskular, musculoskeletal, respiratori, pencernaan, dan saraf. Selain itu, lansia memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami penyakit kronis dan berbagai keterbatasan fisik yang dapat menurunkan kualitas hidup mereka. Oleh karena itu, memahami karakteristik fisik lansia menjadi dasar penting dalam penyediaan layanan kesehatan yang optimal.

2. Perubahan fisiologis pada lansia dan implikasinya terhadap kesehatan

Seiring bertambahnya usia, tubuh manusia mengalami berbagai perubahan fisiologis yang memengaruhi kesehatan. Penurunan fungsi organ, termasuk penurunan kapasitas kardiovaskular, gangguan fungsi ginjal, dan berkurangnya elastisitas paru-paru, merupakan hal yang umum terjadi (Mulia, 2022). Penurunan massa otot dan kepadatan tulang dapat menyebabkan kelemahan fisik, risiko jatuh, dan osteoporosis.

Perubahan lain yang signifikan adalah pada sistem imun, yang dikenal sebagai *immunosenescence*, yaitu penurunan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi. Lansia juga sering mengalami penurunan fungsi kognitif, seperti memori dan kemampuan berpikir kritis, yang dalam beberapa kasus dapat berkembang menjadi demensia atau penyakit Alzheimer (Hatmanti & Yunita, 2019). Perubahan ini memiliki dampak langsung terhadap kualitas hidup dan kebutuhan perawatan medis yang lebih kompleks.

3. Penyakit kronis yang umum pada lansia.

Penyakit kronis merupakan salah satu masalah utama yang dihadapi oleh lansia. Beberapa penyakit kronis yang umum pada kelompok ini meliputi hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung koroner, osteoarthritis, dan penyakit paru obstruktif kronis (Chowdhury et al., 2021). Lansia sering kali menderita lebih dari satu kondisi kronis sekaligus, yang dikenal sebagai multimorbiditas. Kondisi ini tidak hanya meningkatkan beban kesehatan tetapi juga memperumit manajemen pengobatan karena kebutuhan polifarmasi.

Selain itu, gangguan penglihatan, pendengaran, dan mobilitas sering kali terjadi pada lansia, yang dapat membatasi kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Penanganan penyakit kronis memerlukan pendekatan yang terintegrasi, termasuk pengelolaan medis, rehabilitasi fisik, dan dukungan psikososial.

4. Kebutuhan Psikososial Lansia

Kesehatan psikososial lansia tidak kalah penting dibandingkan kesehatan fisik. Lansia sering menghadapi berbagai tantangan psikologis dan sosial yang dapat memengaruhi kesejahteraan mereka secara keseluruhan. Kesepian adalah salah satu masalah psikologis utama yang dialami oleh lansia, terutama mereka yang tinggal sendiri atau kehilangan pasangan hidup. Kesepian dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik dan mental, setara dengan risiko merokok atau obesitas. Selain itu, depresi dan kecemasan merupakan gangguan mental yang umum pada lansia, yang sering kali tidak terdiagnosis atau tidak mendapatkan pengobatan yang memadai (Han et al., 2020; Pefbrianti et al., 2024).

Demensia, termasuk Demensia Alzheimer, adalah tantangan besar lain yang memengaruhi kesehatan mental lansia. Terdapat lebih dari 55 juta orang, yang diprediksi akan meningkat 139 juta pada 2050, di seluruh dunia hidup dengan demensia, dan lansia adalah kelompok yang paling rentan. Gangguan kognitif ini memengaruhi tidak hanya individu yang bersangkutan tetapi juga keluarga dan pengasuh mereka (Alzheimer's Disease International, 2024; Mendrofa, 2023). Hal ini berkaitan dengan tantangan sosial yang mempengaruhi kesehatan lansia, seperti isolasi sosial, kehilangan peran, dan dukungan keluarga. Lansia sering kali mengalami isolasi sosial akibat pensiun, kehilangan pasangan hidup, atau perpisahan dari anak-anak yang telah membentuk keluarga sendiri. Isolasi sosial ini dapat mengurangi rasa kebermaknaan hidup dan meningkatkan risiko gangguan kesehatan mental. Kehilangan peran sosial juga dapat berdampak negatif terhadap harga diri lansia, terutama jika mereka merasa tidak lagi memiliki kontribusi yang berarti bagi keluarga atau komunitas.

Dukungan keluarga menjadi elemen penting dalam membantu lansia mengatasi tantangan sosial. Keluarga dapat berfungsi sebagai sumber utama dukungan emosional, finansial, dan praktis. Namun, perubahan struktur keluarga modern, seperti meningkatnya jumlah keluarga inti, dapat membatasi kapasitas keluarga untuk memberikan dukungan penuh kepada lansia (Simbolon & Simbolon, 2023).

5. Pentingnya dukungan spiritual dalam kesehatan lansia

Dimensi spiritual sering kali menjadi aspek yang krusial bagi lansia, terutama dalam menghadapi proses penuaan dan mendekati akhir kehidupan. Dukungan spiritual dapat memberikan rasa tenang, harapan, dan makna hidup yang lebih mendalam. Lansia yang memiliki dukungan spiritual yang kuat cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik, tingkat stres yang lebih rendah, dan kemampuan lebih baik untuk menghadapi penyakit terminal.

Perawatan spiritual dapat melibatkan aktivitas seperti ibadah, doa, atau refleksi, yang disesuaikan dengan keyakinan individu. Perawat gerontik perlu memahami pentingnya spiritualitas ini dan mengintegrasikannya dalam rencana perawatan holistik untuk lansia.

Karakteristik fisik, psikologis, sosial, dan spiritual lansia menunjukkan betapa kompleksnya kebutuhan mereka. Untuk memenuhi kebutuhan holistik ini, diperlukan pendekatan yang terintegrasi dan berpusat pada individu, sehingga lansia dapat menikmati kehidupan yang bermakna, sehat, dan bermartabat di masa tua mereka.

C. Konsep Perawatan Medik dalam Keperawatan Gerontik

1. Pendekatan Medik pada Lansia

a. Manajemen penyakit kronis dan polifarmasi

Pendekatan medik dalam keperawatan gerontik sering kali berfokus pada manajemen penyakit kronis yang kompleks dan penggunaan banyak obat secara bersamaan atau polifarmasi. Lansia sering menderita penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, dan osteoarthritis. Polifarmasi, meskipun diperlukan, dapat meningkatkan risiko efek samping, interaksi obat, dan non-kepatuhan terhadap pengobatan. Oleh karena itu, pendekatan medik yang efektif harus mencakup penilaian rutin terhadap regimen obat yang digunakan oleh lansia untuk meminimalkan risiko yang terkait (Aggarwal et al., 2020; Tazzeo et al., 2021).

Intervensi seperti *deprescribing*, yaitu pengurangan atau penghentian obat yang tidak lagi diperlukan, menjadi strategi penting dalam mengurangi risiko polifarmasi (Hung et al., 2024). Selain itu, pemberian edukasi kepada lansia dan

keluarganya tentang pentingnya mematuhi pengobatan dan mengenali tanda-tanda efek samping obat juga menjadi bagian integral dari manajemen medis.

b. Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

Morbiditas dan komorbiditas pada usia lanjut menjadi arah perhatian penting untuk promosi kesehatan pada lansia. Pendekatan medis tidak hanya bertujuan untuk mengobati penyakit, tetapi juga untuk mempromosikan kesehatan dan mencegah timbulnya kondisi yang lebih serius. Promosi kesehatan pada lansia melibatkan edukasi tentang pola hidup sehat, seperti pola makan seimbang, aktivitas fisik teratur, dan manajemen stress (Rudnicka et al., 2020; Zhou & Zhang, 2022). Di samping itu, vaksinasi, seperti vaksin influenza dan pneumokokus, juga menjadi komponen penting dalam pencegahan penyakit pada lansia yang rentan terhadap infeksi (Weinberger, 2021).

Promosi kesehatan pada lansia biasanya memiliki tiga tujuan yaitu mempertahankan dan meningkatkan fungsional, mempertahankan atau meningkatkan kesehatan yang dikelola sendiri, dan menciptakan jaringan sosial yang aktif. Namun, semua tujuan ini dimaksudkan untuk berkontribusi pada kemandirian dan kualitas hidup yang lebih baik.

Lansia berjuang untuk tetap sehat, bukan hanya karena tantangan penuaan, tetapi juga karena mereka lebih mungkin dikucilkan dan terisolasi secara sosial daripada orang yang lebih muda. Namun, faktor subjektif atau psikososial sering diabaikan dalam implementasi atau formulasi program promosi kesehatan usia lanjut. Oleh karena itu, lansia perlu untuk memiliki strategi lebih dalam mengeksplorasi komponen psikososial dari suatu strategi dan bagaimana faktor-faktor ini memengaruhi kebahagiaan secara keseluruhan. Sedangkan pencegahan primer mencakup sebagian besar isu pada lansia, termasuk upaya promosi kesehatan yang tidak terbatas pada pencegahan primer, melainkan multi-aspek dengan rentang topik dan intervensi yang lebih beragam (Chiu et al., 2020).

Pendekatan ini membutuhkan keterlibatan aktif dari lansia dalam menjaga kesehatannya sendiri. Oleh karena itu, intervensi medik harus disesuaikan dengan kebutuhan individu, mempertimbangkan preferensi dan kapasitas lansia, serta melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan.

2. Prinsip Perawatan Medik Holistik

a. Kolaborasi multidisiplin

Perawatan medik holistik pada lansia tidak dapat dilakukan oleh satu profesi kesehatan saja. Kolaborasi multidisiplin, seperti dokter, perawat, ahli gizi, dan

terapis, menjadi prinsip utama dalam memberikan layanan yang komprehensif. Dokter berperan dalam diagnosis dan pengobatan medis, sementara perawat memastikan perawatan harian yang sesuai dengan kondisi fisik dan psikologis lansia. Ahli gizi memberikan panduan nutrisi yang mendukung kesehatan, dan terapis fisik atau okupasi membantu dalam rehabilitasi serta pemulihan fungsi tubuh (Boult et al., 2009).

Model perawatan berbasis tim ini memungkinkan identifikasi kebutuhan lansia secara menyeluruh dan implementasi intervensi yang terkoordinasi. Misalnya, lansia dengan diabetes yang mengalami depresi dapat menerima pengobatan medis untuk diabetesnya, konseling psikologis untuk depresinya, serta bimbingan nutrisi untuk menjaga kadar gula darah yang stabil (Utami et al., 2023).

b. Pemantauan kesehatan berkelanjutan

Pemantauan kesehatan secara berkala menjadi komponen penting dalam perawatan medik lansia. Lansia membutuhkan evaluasi rutin untuk mengidentifikasi perubahan kondisi kesehatan, baik fisik maupun mental. Pemantauan ini melibatkan pemeriksaan berkala terhadap tanda vital, fungsi organ, dan kemampuan aktivitas sehari-hari (ADL) (Preston & Biddell, 2021)

Teknologi kesehatan, seperti telemedicine, juga dapat digunakan untuk mendukung pemantauan kesehatan berkelanjutan, terutama bagi lansia yang tinggal di daerah terpencil atau memiliki keterbatasan mobilitas. Pemantauan yang konsisten membantu dalam deteksi dini masalah kesehatan, sehingga intervensi dapat dilakukan sebelum kondisi memburuk.

Pendekatan medik dalam keperawatan gerontik membutuhkan integrasi antara manajemen penyakit kronis, promosi kesehatan, dan prinsip perawatan holistik. Dengan kolaborasi multidisiplin dan pemantauan kesehatan yang berkelanjutan, perawatan medik dapat memberikan manfaat maksimal bagi lansia, meningkatkan kualitas hidup mereka, dan mendukung proses penuaan yang sehat.

D. Konsep Perawatan Psikososial dalam Keperawatan Gerontik

1. Pendekatan Psikososial dalam Keperawatan Lansia

a. Teknik komunikasi terapeutik.

Teknik komunikasi terapeutik merupakan elemen kunci dalam perawatan psikososial lansia. Komunikasi terapeutik mencakup mendengarkan secara aktif, memberikan empati, serta menghargai pengalaman hidup lansia (Shaban et al., 2024). Hal ini penting karena lansia sering kali merasa terisolasi atau kurang dipahami oleh lingkungan sekitarnya. Dalam praktik keperawatan

gerontik, komunikasi terapeutik membantu membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, yang menjadi dasar dalam proses penyembuhan.

Teknik komunikasi ini juga melibatkan penggunaan bahasa yang sederhana dan jelas, mengingat lansia mungkin memiliki keterbatasan pendengaran atau kognitif. Perawat juga perlu memberikan waktu yang cukup bagi lansia untuk mengungkapkan perasaan atau kekhawatiran mereka, sehingga mereka merasa dihargai dan didukung secara emosional (Berkovic et al., 2024).

b. Intervensi psikososial: konseling, terapi kognitif, dan aktivitas sosial.

Intervensi psikososial bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan mental dan emosional lansia. Konseling menjadi salah satu pendekatan utama untuk membantu lansia mengatasi tantangan psikologis, seperti kesepian, depresi, atau kecemasan. Melalui konseling, lansia dapat belajar strategi untuk menghadapi situasi sulit dan meningkatkan ketahanan mental (Schiller et al., 2023).

Terapi kognitif, seperti terapi kognitif-perilaku/cognitive behavioral therapy (CBT), efektif dalam membantu lansia mengatasi pola pikir negatif yang dapat memperburuk kondisi psikologis mereka. Selain itu, aktivitas sosial, seperti partisipasi dalam kelompok dukungan atau kegiatan komunitas, juga dapat mengurangi isolasi sosial dan meningkatkan rasa keterhubungan dengan orang lain (Chan et al., 2021; Jansson et al., 2021).

2. Dukungan Keluarga dan Komunitas

a. Peran keluarga dalam mendukung kesejahteraan lansia

Keluarga memainkan peran penting dalam mendukung kesejahteraan fisik, emosional, dan sosial lansia. Kehadiran keluarga yang peduli dan supportif dapat memberikan rasa aman dan mengurangi stres pada lansia. Studi menunjukkan bahwa hubungan keluarga yang harmonis berkontribusi secara signifikan terhadap kualitas hidup lansia (Lindeza et al., 2024).

Keluarga juga dapat berperan sebagai pengasuh utama bagi lansia yang mengalami keterbatasan fisik atau kognitif. Dalam hal ini, edukasi dan pelatihan bagi keluarga mengenai cara memberikan perawatan yang sesuai sangat penting. Dengan dukungan yang tepat, keluarga dapat membantu lansia mempertahankan kemandirian mereka selama mungkin.

b. Pemberdayaan komunitas untuk menciptakan lingkungan ramah lansia

Komunitas juga memiliki peran besar dalam mendukung kesejahteraan lansia. Pemberdayaan komunitas mencakup upaya menciptakan lingkungan yang inklusif dan ramah lansia, seperti menyediakan aksesibilitas yang baik, fasilitas

kesehatan yang memadai, serta program-program sosial yang melibatkan lansia secara aktif (Sciandra, 2024).

Inisiatif seperti kelompok kegiatan lansia, pusat komunitas, atau program relawan dapat membantu lansia tetap aktif dan merasa dihargai. Kolaborasi antara pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat lokal diperlukan untuk memastikan bahwa kebutuhan lansia terpenuhi secara menyeluruh.

Pendekatan psikososial dalam keperawatan gerontik membutuhkan sinergi antara perawat, keluarga, dan komunitas untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesejahteraan lansia. Dengan memanfaatkan teknik komunikasi terapeutik, intervensi psikososial, dan dukungan keluarga serta komunitas, lansia dapat menjalani kehidupan yang lebih bermakna, sehat, dan sejahtera.

E. Integrasi Perawatan Medik dan Psikososial dalam Praktik Keperawatan Gerontik

1. Model Integrasi Perawatan

- a. Model biopsikososial dalam keperawatan gerontik.

Model biopsikososial menjadi kerangka kerja yang efektif untuk memahami dan menangani kebutuhan holistik lansia. Model ini menekankan bahwa kesehatan lansia dipengaruhi oleh interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial (Aparecida Damasceno et al., 2024). Dalam keperawatan gerontik, penerapan model biopsikososial membantu perawat untuk mengidentifikasi dan mengintegrasikan berbagai aspek kebutuhan pasien, termasuk kesehatan fisik, kesejahteraan mental, dan dukungan sosial.

Pendekatan ini memungkinkan perawat untuk melihat lansia sebagai individu yang unik dengan kebutuhan yang saling terkait. Misalnya, seorang lansia dengan diabetes kronis mungkin juga menghadapi depresi yang memperburuk kontrol glukosa darah mereka. Dengan memahami hubungan ini, perawat dapat merancang intervensi yang lebih efektif.

- b. Pendekatan *person-centered care*.

Person-centered care (PCC) merupakan pendekatan lain yang relevan dalam integrasi perawatan medik dan psikososial. PCC berfokus pada kebutuhan, preferensi, dan nilai-nilai individu lansia, serta melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka (Sillner et al., 2021). Pendekatan ini mengakui pentingnya otonomi dan martabat lansia, yang sering kali terabaikan dalam sistem perawatan yang berorientasi medis. Perawatan holistik yang berpusat pada pasien meningkatkan aspek fisik, sosial, dan emosional dalam kehidupan pasien melalui pembentukan hubungan

terapeutik yang baik antara pasien dan perawat. Perawatan yang berpusat pada pasien meningkatkan dukungan dan kerja sama timbal balik dengan memfasilitasi hubungan pasien-perawat yang saling percaya dan mendukung (Huh & Shin, 2021; Yevchak et al., 2021).

Implementasi PCC dalam keperawatan gerontik melibatkan komunikasi yang efektif, empati, dan kolaborasi erat dengan keluarga serta komunitas lansia. Dengan PCC, perawatan yang diberikan lebih terkoordinasi dan responsif terhadap kebutuhan unik setiap individu. PCC adalah *golden standard* dalam pemberian perawatan untuk semua orang, termasuk lansia. PCC dinilai memiliki kualitas perawatan yang lebih baik dalam memenuhi kebutuhan pasien. Dalam hal ini, perawat perlu melakukan perencanaan, koordinasi, dan pemberian asuhan keperawatan dengan menggunakan konsep PCC (Yevchak et al., 2021).

2. Implementasi Praktis

a. Pengkajian kebutuhan holistik lansia

Langkah pertama dalam integrasi perawatan adalah melakukan penilaian kebutuhan holistik lansia. Penilaian ini mencakup evaluasi kondisi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Alat penilaian seperti *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA) telah terbukti efektif dalam mengidentifikasi kebutuhan multidimensi lansia (Blessing et al., 2024).

b. Penyusunan rencana perawatan terintegrasi

Berdasarkan hasil pengkajian, rencana perawatan terintegrasi disusun dengan melibatkan lansia dan keluarganya. Rencana ini mencakup intervensi medik, psikososial, dan rehabilitatif yang dirancang untuk mencapai tujuan kesehatan yang spesifik dan realistik. Penyusunan rencana harus bersifat dinamis, memungkinkan penyesuaian sesuai perubahan kondisi pasien.

Seorang lansia dengan diabetes dan depresi mungkin memerlukan kombinasi terapi insulin, konseling psikologis, dan dukungan sosial. Dalam kasus ini, tim kesehatan dapat bekerja sama untuk memastikan pengelolaan glukosa yang optimal, sambil menyediakan terapi psikologis untuk mengatasi depresi. Dukungan keluarga juga dapat dilibatkan untuk membantu lansia menjaga rutinitas sehari-hari dan mematuhi jadwal pengobatan. Dalam hal ini perawatan medik yang terintegrasi psikososial dibutuhkan dalam merawat lansia dengan penyakit kronis dan depresi diintegrasikan.

3. Kolaborasi Tim Kesehatan

a. Peran tim multidisiplin dalam integrasi perawatan.

Kolaborasi tim multidisiplin merupakan inti dari integrasi perawatan medik dan psikososial. Tim ini biasanya terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi, pekerja sosial,

terapis, dan psikolog. Setiap anggota tim memiliki peran spesifik yang saling melengkapi, memungkinkan pemberian perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi (Seifert et al., 2024; Utami et al., 2023).

b. Tantangan dan strategi dalam koordinasi layanan.

Meskipun kolaborasi multidisiplin sangat penting, tantangan seperti komunikasi antarprofesi, perbedaan pendekatan perawatan, dan keterbatasan sumber daya sering kali muncul. Strategi untuk mengatasi tantangan ini mencakup pelatihan tim dalam keterampilan komunikasi, penggunaan teknologi informasi untuk koordinasi layanan, dan penerapan kebijakan yang mendukung kerja sama tim.

Integrasi perawatan medik dan psikososial dalam keperawatan gerontik memerlukan pendekatan yang sistematis dan kolaboratif. Dengan mengadopsi model biopsikososial, pendekatan *person-centered care*, dan kolaborasi tim multidisiplin, kebutuhan holistik lansia dapat dipenuhi secara efektif, meningkatkan kualitas hidup mereka secara signifikan.

F. Studi Kasus dan Best Practices

1. Studi Kasus

Ny. A, 74 tahun, didiagnosis dengan hipertensi kronis dan osteoarthritis. Selain tantangan fisik, Ny. A juga mengalami kesepian dan gejala depresi ringan akibat kehilangan pasangan hidupnya tiga tahun yang lalu. Ny. A tinggal sendirian di rumahnya, dengan anak-anak yang jarang berkunjung karena tinggal di luar kota. Kondisi ini menyebabkan Ny. A menghadapi tantangan dalam mengelola pengobatannya, menjalani aktivitas sehari-hari, serta menjaga kesehatan mentalnya.

a. Analisis penerapan integrasi perawatan medik dan psikososial

Untuk mengatasi kondisi Ny. A, tim multidisiplin yang terdiri dari dokter, perawat, psikolog, dan pekerja sosial menerapkan model integrasi perawatan medik dan psikososial. Tim ini memulai dengan *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA) untuk mengevaluasi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan Ny. A. Berdasarkan hasil *assessment*, tim menyusun rencana perawatan terintegrasi yang mencakup pengobatan hipertensi dan manajemen nyeri osteoarthritis dengan obat antiinflamasi nonsteroid yang disesuaikan untuk lansia.

Dari sisi psikososial, Ny. A diberikan sesi konseling mingguan dengan psikolog untuk mengatasi kesedihannya. Selain itu, pekerja sosial membantu Ny. A bergabung dengan kelompok dukungan lansia di komunitasnya, yang secara signifikan mengurangi rasa kesepiannya. Perawat komunitas juga secara rutin

mengunjungi Ny. A untuk memantau kepatuhan terhadap pengobatan dan memberikan edukasi kesehatan terkait gaya hidup sehat untuk hipertensi. Hasil penerapan integrasi ini menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kualitas hidup Ny. A. Tekanan darahnya lebih terkontrol, dan ia melaporkan penurunan nyeri osteoarthritis. Secara emosional, Ny. A merasa lebih optimis dan terhubung dengan lingkungannya, yang tercermin dalam peningkatan skor kesejahteraan psikologisnya.

2. Best Practices

a. Program perawatan lansia di tingkat komunitas

Program perawatan lansia sebaiknya menyediakan layanan kesehatan terpadu, termasuk konsultasi medik, terapi psikologis, dan kegiatan sosial untuk lansia. Indonesia saat ini mengembangkan program Integrasi Layanan Primer (ILP) di beberapa kabupaten yang bertujuan meningkatkan cakupan dan layanan primer sehingga mendekatkan akses dan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitative, dan/atau paliatif pada setiap fase khidupan secara komprehensif dan berkualitas, termasuk kelompok usia lanjut. Tiga fokus utama pada ILP yaitu siklus hidup sebagai fokus pelayanan kesehatan sekaligus sebagai fokus penguatan promosi, integrasi jejaring pelayanan kesehatan primer hingga tingkat desa/kelurahan dan dusun termasuk untuk memperkuat promosi dan pencegahan serta resiliensi terhadap pandemi, serta focus pada penguatan pemantauan wilayah.

Pelayanan Kesehatan untuk lansia yang melibatkan relawan di komunitas dalam memberikan dukungan emosional dan bantuan praktis kepada lansia yang tinggal sendiri, terbukti efektif dalam meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental lansia, sekaligus memperkuat jaringan sosial mereka.

b. Intervensi inovatif dalam integrasi perawatan lansia.

Salah satu inovasi yang menonjol adalah penggunaan teknologi digital untuk mendukung integrasi perawatan lansia (Juba et al., 2024). Aplikasi berbasis ponsel seperti yang memungkinkan lansia, keluarga, dan tim kesehatan untuk berkomunikasi secara *real-time*. Aplikasi ini menyediakan fitur pengingat pengobatan, sesi konseling daring, dan pemantauan kesehatan jarak jauh. Studi menunjukkan bahwa penggunaan teknologi dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, mengurangi isolasi sosial, dan mempercepat respons terhadap perubahan kondisi kesehatan lansia.

Selain itu, pendekatan berbasis seni, seperti terapi musik dan seni rupa, juga menjadi praktik terbaik dalam meningkatkan kesehatan mental lansia. Intervensi ini tidak hanya membantu mengurangi kecemasan dan depresi, tetapi juga meningkatkan fungsi kognitif dan rasa percaya diri mereka. Contoh

program yang berhasil adalah "Art for Elders," yang menggabungkan seni dengan pendekatan terapeutik untuk menciptakan pengalaman holistik bagi lansia.

Penerapan studi kasus dan praktik terbaik dalam integrasi perawatan medik dan psikososial menunjukkan pentingnya pendekatan multidimensi untuk meningkatkan kualitas hidup lansia. Dengan mengadopsi program inovatif dan berbasis komunitas, layanan keperawatan gerontik dapat memberikan manfaat yang lebih luas dan berkelanjutan.

G. Tantangan dan Peluang dalam Integrasi Perawatan

1. Tantangan

a. Kendala sumber daya dan infrastruktur

Salah satu tantangan utama dalam integrasi perawatan medik dan psikososial untuk lansia adalah keterbatasan sumber daya dan infrastruktur. Banyak fasilitas kesehatan, terutama di daerah terpencil, yang belum memiliki fasilitas yang memadai untuk mendukung layanan holistik. Selain itu, jumlah tenaga kesehatan yang terlatih dalam bidang keperawatan gerontik masih terbatas, sehingga membatasi cakupan layanan yang dapat diberikan (World Health Organization [WHO], 2021). Keterbatasan anggaran juga sering menjadi kendala dalam menyediakan layanan yang komprehensif dan berkelanjutan.

b. Kesenjangan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan

Tidak semua tenaga kesehatan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk mengelola kebutuhan medik dan psikososial lansia secara terintegrasi. Pendidikan dan pelatihan di bidang keperawatan gerontik belum menjadi prioritas di banyak institusi pendidikan. Hal ini mengakibatkan kesenjangan dalam kualitas perawatan yang diberikan. Selain itu, kurangnya pelatihan lintas disiplin untuk mendukung kolaborasi tim multidisiplin juga menjadi hambatan dalam implementasi integrasi perawatan (Saragih et al., 2024).

2. Peluang

a. Pengembangan kebijakan yang mendukung perawatan lansia

Peluang besar untuk meningkatkan integrasi perawatan lansia terletak pada pengembangan kebijakan yang mendukung. Pemerintah dan lembaga terkait dapat mengadopsi kebijakan yang memperkuat sistem perawatan lansia, seperti alokasi anggaran khusus, insentif untuk tenaga kesehatan, dan pengembangan program pelatihan gerontik. Strategi untuk mencapai *healthy aging* dibutuhkan untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan untuk lansia (Rudnicka et al., 2020).

b. Pemanfaatan teknologi dalam integrasi perawatan

Kemajuan teknologi membuka peluang besar untuk mendukung integrasi perawatan medik dan psikososial. Teknologi seperti telemedicine, aplikasi kesehatan, dan perangkat pemantauan jarak jauh memungkinkan layanan kesehatan yang lebih efisien dan terjangkau. Contohnya, penggunaan aplikasi berbasis ponsel untuk mengingatkan jadwal pengobatan atau menyediakan sesi konseling daring dapat meningkatkan kepatuhan dan kualitas hidup lansia (Chu et al., 2022). Selain itu, analisis data berbasis kecerdasan buatan (AI) dapat membantu dalam memprediksi kebutuhan kesehatan lansia, sehingga intervensi yang diberikan lebih tepat sasaran.

Meskipun tantangan dalam integrasi perawatan medik dan psikososial masih signifikan, peluang untuk mengatasinya juga semakin terbuka dengan pengembangan kebijakan yang mendukung dan pemanfaatan teknologi. Dengan mengatasi kendala sumber daya dan meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan, integrasi perawatan dapat menjadi solusi efektif untuk memenuhi kebutuhan holistik lansia secara berkelanjutan.

H. Kesimpulan

1. Pentingnya pendekatan holistik dalam keperawatan gerontik

Pendekatan holistik dalam keperawatan gerontik menjadi kunci untuk memenuhi kebutuhan kompleks lansia yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Dengan memahami bahwa lansia merupakan individu dengan kebutuhan yang saling terkait, perawatan yang diberikan dapat lebih bermakna dan efektif. Pendekatan ini juga sejalan dengan prinsip-prinsip keperawatan gerontik modern yang menempatkan lansia sebagai pusat perawatan.

2. Dampak positif integrasi medik dan psikososial bagi kualitas hidup lansia

Integrasi perawatan medik dan psikososial terbukti memberikan dampak positif yang signifikan terhadap kualitas hidup lansia. Dengan kombinasi manajemen penyakit kronis, intervensi psikososial, dan dukungan komunitas, lansia dapat menikmati hidup yang lebih sehat, mandiri, dan bermakna. Studi kasus dan praktik terbaik yang disampaikan menunjukkan bahwa pendekatan ini tidak hanya membantu dalam mengelola kondisi kesehatan fisik, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan psikologis dan sosial lansia secara keseluruhan.

Rekomendasi

1. Langkah praktis untuk mengembangkan layanan terintegrasi

Untuk mengembangkan layanan terintegrasi yang efektif, langkah praktis yang dapat diambil meliputi penyediaan fasilitas kesehatan yang ramah lansia,

penguatan kolaborasi antar-profesi dalam tim multidisiplin, dan penerapan teknologi untuk mendukung layanan kesehatan. Pemerintah dan penyedia layanan kesehatan juga perlu memastikan aksesibilitas dan keterjangkauan layanan bagi semua lansia, termasuk mereka yang berada di daerah terpencil.

2. Pentingnya pelatihan bagi tenaga kesehatan dalam keperawatan gerontik

Pelatihan khusus bagi tenaga kesehatan dalam bidang keperawatan gerontik menjadi prioritas untuk memastikan kualitas layanan. Program pelatihan ini harus mencakup pengetahuan tentang manajemen penyakit kronis, teknik komunikasi terapeutik, dan intervensi psikososial. Selain itu, pelatihan lintas disiplin juga penting untuk meningkatkan efektivitas kolaborasi dalam tim multidisiplin. Dengan investasi dalam pendidikan dan pelatihan, tenaga kesehatan akan lebih siap menghadapi tantangan dan memberikan perawatan terbaik bagi lansia.

Melalui pendekatan holistik dan integrasi perawatan medik serta psikososial, keperawatan gerontik dapat memberikan solusi yang komprehensif untuk meningkatkan kesejahteraan lansia. Dengan upaya bersama dari pemerintah, komunitas, dan tenaga kesehatan, diharapkan layanan kesehatan lansia di masa depan dapat terus berkembang dan memberikan manfaat yang lebih luas.

I. Referensi

- Aggarwal, P., Woolford, S. J., & Patel, H. P. (2020). Multi-morbidity and polypharmacy in older people: Challenges and opportunities for clinical practice. *Geriatrics (Switzerland)*, 5(4), 1–11. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5040085>
- Alzheimer's Disease International. (2024). *World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia*. Alzheimer's Disease International.
- Aparecida Damasceno, D., Ferreira Aleixo, G., Barbosa Luciano, J., Nogueira, C. M., & Pinto, J. M. (2024). Factors Related to Recurrent Falls Among Older Adults Attending Primary Health Care: A Biopsychosocial Perspective. *Experimental Aging Research*, 50(3), 348–359. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2023.2195293>
- Berkovic, D., Macrae, A., Gulline, H., Horsman, P., Soh, S.-E., Skouteris, H., & Ayton, D. (2024). The Delivery of Person-Centered Care for People Living With Dementia in Residential Aged Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 64(5), gnad052. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad052>

- Blessing, E., Potter, K., & Olaoye, F. (2024). *The Importance of Comprehensive Geriatric Assessment in Gerontological Nursing*.
- Boult, C., Green, A. F., Boult, L. B., Pacala, J. T., Snyder, C., & Leff, B. (2009). Successful Models of Comprehensive Care for Older Adults with Chronic Conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" Report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12), 2328–2337. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02571.x>
- BPS. (2024). Statistik Penduduk Lanjut Usia. In *Sustainability (Switzerland)* (Vol. 21). Badan Pusat Statistik.
- Chan, P., Bhar, S., Davison, T. E., Doyle, C., Knight, B. G., Koder, D., Laidlaw, K., Pachana, N. A., Wells, Y., & Wuthrich, V. M. (2021). Characteristics and effectiveness of cognitive behavioral therapy for older adults living in residential care: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 25(2), 187–205. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1686457>
- Chiu, C. J., Hu, J. C., Lo, Y. H., & Chang, E. Y. (2020). Health promotion and disease prevention interventions for the elderly: A scoping review from 2015–2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155335>
- Chu, J. N., Kaplan, C., Lee, J. S., Livaudais-Toman, J., & Karliner, L. (2022). Increasing Telehealth Access to Care for Older Adults During the COVID-19 Pandemic at an Academic Medical Center: Video Visits for Elders Project (VVEP). *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 48(3), 173–179. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.11.006>
- Han, L., Wong, F. K. Y., She, D. L. M., Li, S. Y., Yang, Y. F., Jiang, M. Y., Ruan, Y., Su, Q., Ma, Y., & Chung, L. Y. F. (2020). Anxiety and Depression of Nurses in a North West Province in China During the Period of Novel Coronavirus Pneumonia Outbreak. *Journal of Nursing Scholarship*, 52, 564–573. <https://doi.org/10.1111/jnu.12590>
- Hatmanti, N. M., & Yunita, A. (2019). Senam Lansia dan Terapi Puzzle terhadap Demensia pada Lansia. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 4(1), 104–107. <https://doi.org/10.30651/jkm.v4i1.2422>
- Huh, A., & Shin, J. H. (2021). Person-Centered Care Practice, Patient Safety Competence, and Patient Safety Nursing Activities of Nurses Working in

- Geriatric Hospitals. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 18, Issue 10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105169>
- Hung, A., Kim, Y. H., & Pavon, J. M. (2024). Deprescribing in older adults with polypharmacy. *BMJ*, 385, e074892. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-074892>
- Jansson, A., Karisto, A., & Pitkälä, K. (2021). Loneliness in assisted living facilities: An exploration of the group process. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(5), 354–365. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1690043>
- Juba, O. O., Olumide, A. F., David, J. I., & Adekunle, K. (2024). The Role of Technology in Enhancing Domiciliary Care: A Strategy for Reducing Healthcare Costs and Improving Safety for Aged Adults and Carers. *International Journal for Innovative Engineering and Management Research*.
- Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M., & Rosa, M. M. (2024). Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 14(e1), e38 LP-e49. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002242>
- Mendrofa, F. A. M. (2023). Assessing needs for developing a multisensory room design with Javanese gestures for older adults. *Public Health of Indonesia*, 9(4), 177–185. <https://doi.org/10.36685/phi.v9i4.757>
- Mulia, A. R. (2022). *MENJAGA KESEHATAN DI USIA LANJUT*. 11(2), 19–30.
- Pefbrianti, D., Putri, Y. A., & Pusparina, I. (2024). The Effect of Life Review Therapy on The Level of Loneliness Elderly in Social Protection and Rehabilitation Institutions Elderly Budi Sejahtera Banjarbaru. *International Joint Conference/Seminar*, 1(1), 170–178.
- Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*, 49(1), 1–5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11.
- Saragih, I. D., Hsiao, C.-T., Fann, W.-C., Hsu, C.-M., Saragih, I. S., & Lee, B.-O. (2024).

- Impacts of interprofessional education on collaborative practice of healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 136, 106136. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106136>
- Schiller, E., Dorner, H., & Szabó, Z. A. (2023). Developing older adults' learner autonomy through one-to-one counselling: Results of an exploratory investigation. *System*, 115, 103030. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.system.2023.103030>
- Sciandra, A. (2024). Development of a Peer-Led Community Program to Improve Social Engagement Between Older Adults with and without Dementia. *Georgia State University*.
- Seifert, B., Volckaert, A. E., O'Connor, S., Flaherty, E., & Pepin, R. L. (2024). Bridging the gap between primary care and community-based organizations to address complex care needs of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 72(S2), S21–S25. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jgs.18670>
- Shaban, M., Mohammed, H. H., Gomaa Mohamed Amer, F., shaban, M. M., Abdel-Aziz, H. R., & Ibrahim, A. M. (2024). Exploring the nurse-patient relationship in caring for the health priorities of older adults: qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02099-1>
- Sillner, A. Y., Madrigal, C., & Behrens, L. (2021). Person-centered gerontological nursing: An overview across care settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 47(2), 7–12.
- Simbolon, P., & Simbolon, N. (2023). Korelasi Kebutuhan Spiritual Dengan Kualitas Hidup Lansia. *Jurnal Olahraga Dan Kesehatan Indonesia (JOKI)*, 3(2 SE-Articles). <https://doi.org/10.55081/joki.v3i2.865>
- Tazzeo, C., Rizzuto, D., Calderón-Larrañaga, A., Roso-Llorach, A., Marengoni, A., Welmer, A.-K., Onder, G., Trevisan, C., & Vetrano, D. L. (2021). Multimorbidity patterns and risk of frailty in older community-dwelling adults: a population-based cohort study. *Age and Ageing*, 50(6), 2183–2191. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab138>
- Tobing, D. L., & Nadhifa, D. W. (2024). SELF-COMPASSION, SPIRITUALITAS DAN KUALITAS HIDUP PADA LANSIA. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari*

Indonesia, 8(3).

Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2021). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Utami, P. R., Octavia, D. R., Harmiardillah, S., & Siswanto, R. A. (2023). Praktik Kolaborasi Menuju Lansia Patuh Obat. In *Eureka Media Aksara*. Eureka Media Aksara.

Wardhani, F. K., Mukti, A. W., & Purbosari, I. (2024). EVALUASI RESEP POLIFARMASI PADA PASIEN GERIATRI YANG TERDIAGNOSA DIABETES MELITUS TIPE 2 (PENELITIAN INI DILAKUKAN DI RSUD HAJI PROVINSI JAWA TIMUR). *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(3), 8831–8847.

Weinberger, B. (2021). Vaccination of older adults: Influenza, pneumococcal disease, herpes zoster, COVID-19 and beyond. *Immunity and Ageing*, 18(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12979-021-00249-6>

Yevchak, S. A., Caroline, M., & Liza, B. (2021). Person-Centered Gerontological Nursing: An Overview Across Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 47(2), 7–12. <https://doi.org/10.3928/00989134-20210107-02>

Zhao, I. Y., Ho, M.-H., Tyrovolas, S., Deng, S. Y., Montayre, J., & Molassiotis, A. (2023). Constructing the concept of healthy ageing and examining its association with loneliness in older adults. *BMC Geriatrics*, 23, 1–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12877-023-04019-5>

Zhou, X., & Zhang, D. (2022). Multimorbidity in the Elderly: A Systematic Bibliometric Analysis of Research Output. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 19, Issue 1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010353>

CHAPTER 5

PENINGKATAN KEMANDIRIAN LANSIA MELALUI PROGRAM REHABILITASI

Ns. Hyan Oktodia Basuki, M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Peningkatan proporsi penduduk lanjut usia (lansia) disebabkan oleh pembangunan berkelanjutan. Perbaikan di bidang kesehatan, akses pendidikan, ketenagakerjaan, kualitas hidup, dan berbagai aspek sosial ekonomi lainnya telah mengurangi angka kematian dan meningkatkan usia harapan hidup (BKKBN, 2016).

Pertumbuhan penduduk lansia di Indonesia meningkat secara signifikan. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS), jumlah penduduk lansia (usia 60 tahun ke atas) pada tahun 2020 mencapai 28,2 juta jiwa atau 10,4% dari total penduduk. Angka ini diprediksi meningkat menjadi 33,4 juta jiwa pada tahun 2030. Data BPS yang dirilis pada 2022 menyebutkan bahwa jumlah lansia di Indonesia mencapai 28,9 juta jiwa atau 10,48% dari populasi penduduk Indonesia. Jumlah lansia ini akan terus meningkat dan diproyeksikan mencapai 19% pada 2045 (Badan Pusat Statistik, 2023).

Sebaran penduduk lansia di Indonesia sebagian besar berada pada 8 dari 37 provinsi yang memiliki lebih dari 10%. Daerah Istimewa Yogyakarta adalah provinsi dengan persentase penduduk tua tertinggi, 16,69%, diikuti oleh Jawa Timur, 13,86%, dan Bali, 13,53%. Papua adalah provinsi dengan persentase penduduk tua terendah, 5,02%, diikuti oleh Kepulauan Riau, 5,86%, dan Papua Barat. Pada tahun 2045, hampir seperlima penduduk Indonesia akan berusia 60 tahun ke atas, menempatkan Indonesia sebagai negara lanjut usia. Pada tahun 2030, diperkirakan setidaknya 1 dari 6 orang di dunia berusia 60 tahun ke atas (Badan Pusat Statistik, 2023).

Penambahan penduduk lansia memiliki konsekuensi yang kompleks. Hampir setiap aspek kehidupan telah dipengaruhi oleh berbagai kesulitan yang disebabkan oleh penuaan populasi. Indonesia telah memasuki struktur penduduk lansia sejak 2021. Fenomena ini mungkin merupakan bonus demografi kedua, yaitu ketika jumlah lansia mengalami peningkatan tetapi tetap produktif dan berkontribusi pada ekonomi negara. Akan tetapi, bisa juga *aging population* menjadi tantangan pembangunan ketika mayoritas lansianya tidak produktif, bahkan menjadi bagian dari penduduk rentan (Suryadi, 2018).

Di zaman modern ini, peningkatan rata-rata angka harapan hidup penduduk lanjut usia terus meningkat. Lansia merupakan kelompok usia yang rentan terhadap berbagai permasalahan kesehatan yang dapat mempengaruhi kemandiriannya. Kemandirian merupakan elemen penting dalam meningkatkan kualitas hidup lansia karena memungkinkan mereka untuk tetap aktif dan memberikan kontribusi kepada masyarakat (Sitanggang et al., 2024).

Program rehabilitasi merupakan salah satu cara penting untuk meningkatkan kemandirian lansia. Program-program ini biasanya mencakup berbagai bentuk terapi, seperti terapi fisik, terapi okupasi, dan terapi wicara, yang bertujuan memulihkan fungsi fisik, mental, dan sosial pada orang lanjut usia. Rehabilitasi tidak hanya membantu orang lanjut usia mengatasi keterbatasan fisik akibat penuaan atau penyakit, tetapi juga membantu mereka meningkatkan keterampilan sehari-hari dan mengurangi ketergantungan pada orang lain (Indrayogi et al., 2022).

Kemandirian yang lebih besar yang dicapai melalui program rehabilitasi dapat berdampak positif pada kualitas hidup lansia. Ini termasuk meningkatkan mobilitas, mengurangi risiko jatuh, meningkatkan inklusi sosial, dan meningkatkan kesehatan mental. Oleh karena itu, pengembangan dan penerapan program rehabilitasi yang efektif sangat penting untuk mendukung pertumbuhan populasi lansia.

B. Dasar Hukum Dan Kebijakan Umum

Pelaksanaan program rehabilitasi sosial bagi lanjut usia mengacu pada ketentuan perundang-undangan sebagai berikut (Kementerian Sosial, 2021a):

1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
2. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
4. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2019 tentang Pekerja Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 182, tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6397).
5. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lanjut.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.
7. Peraturan Menteri Sosial Nomor 9 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Sosial.
8. Peraturan Menteri Sosial Nomor 11 tahun 2020 tentang Mekanisme Pelaksanaan Anggaran Bantuan Pemerintah di Lingkungan Kementerian Sosial.
9. Peraturan Menteri Sosial Nomor 7 Tahun 2020 tentang Asistensi Rehabilitasi Sosial.

Selain itu, pelaksanaan program mengacu kepada prinsip-prinsip dasar sebagai berikut:

1. Penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak-hak lanjut usia.
2. Penguatan sistem rehabilitasi sosial yang terintegrasi dengan perlindungan lanjut usia.
3. Perluasan jangkauan perlindungan lanjut usia berbasis keluarga, komunitas dan residensial.
4. Penguatan kapasitas & kelembagaan Balai Rehabilitasi sosial dan LKS Lanjut Usia
5. Peningkatan kampanye kelanjutusiaan di seluruh sektor dan masyarakat;
6. Peningkatan peran masyarakat dan swasta dalam pelayanan sosial bagi lanjut usia (Bulan Sari, 2023).

C. Tujuan Pemberdayaan Lansia

Tujuan pemberdayaan lansia adalah untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan lansia melalui berbagai kegiatan yang mendorong mereka untuk berpartisipasi aktif dalam masyarakat. Berdasarkan dasar yang telah disiapkan, berikut adalah beberapa tujuan utama program rehabilitasi untuk meningkatkan kemandirian lansia (Sembodo, 2021).

1. Meningkatkan Mobilitas Fisik

Tujuan rehabilitasi fisik adalah untuk membantu lansia pulih dan memperbaiki kemampuan fisik mereka sehingga mereka dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan lebih bebas. Kekuatan, keseimbangan, dan fleksibilitas dilatih dalam program ini.

2. Mengurangi Ketergantungan

Salah satu tujuan utama adalah mengurangi kebutuhan lansia untuk bergantung pada orang lain untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Rehabilitasi membantu mereka memperoleh keterampilan yang diperlukan untuk hidup tanpa bantuan.

3. Meningkatkan Kualitas Hidup

Program rehabilitasi bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dengan membantu mereka mencapai tingkat kemandirian yang lebih tinggi. Ini mencakup perbaikan kesehatan mental, perasaan harga diri, dan keterlibatan sosial.

4. Mencegah Komplikasi Kesehatan

Program rehabilitasi dapat membantu lansia mengurangi risiko masalah kesehatan yang sering terkait dengan imobilitas, seperti masalah kardiovaskular, luka tekan, dan penurunan massa otot.

5. Mengoptimalkan Fungsi Kognitif

Program ini mencakup rehabilitasi fisik dan terapi kognitif untuk mempertahankan dan meningkatkan fungsi otak. Memori, perhatian, dan kemampuan berpikir kritis adalah tujuan ini.

6. Meningkatkan Partisipasi Sosial

Tujuan lain dari program rehabilitasi adalah untuk membuat lansia lebih terlibat dalam kegiatan sosial, memberi mereka kesempatan untuk berinteraksi dengan orang lain dan membuat mereka merasa seperti mereka adalah bagian dari komunitas.

Dengan menekankan tujuan-tujuan ini, program rehabilitasi berusaha sebaik mungkin untuk membantu lansia menjalani kehidupan yang lebih mandiri dan berkualitas.

D. Strategi Peningkatan Kemandirian Lansia

Program yang dapat digunakan untuk meningkatkan kemandirian lansia melalui rehabilitasi (Naediwati, 2018):

1. Penilaian Komprehensif

Penilaian awal yang menyeluruh terhadap kondisi fisik, mental, dan sosial lansia membantu dalam membuat program rehabilitasi yang sesuai dengan kebutuhan individu.

2. Pelatihan Fisik Intensif

Lakukan latihan yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan, keseimbangan, fleksibilitas, dan daya tahan. Yoga, pilates, tai chi, dan olahraga ringan lainnya dapat termasuk dalam kategori ini.

3. Terapi Okupasi

Jenis terapi ini berfokus pada membantu lansia memperoleh keterampilan yang diperlukan untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti mandi, berpakaian, dan memasak. Terapi okupasi juga dapat mencakup perubahan lingkungan rumah untuk menjadikannya lebih aman dan mudah diakses.

4. Terapi Kognitif dan Mental

Termasuk kegiatan yang mendorong fungsi kognitif, seperti permainan, teka-teki, dan permainan logika. Untuk menjaga kesehatan mental lansia, dukungan dan konseling juga penting.

5. Penggunaan Teknologi Bantuan

Alat bantu jalan, kursi roda, atau teknologi lainnya dapat membantu lansia menjalani kehidupan sehari-hari dengan lebih mandiri.

6. Pelatihan Keterampilan Sosial

Kegiatan sosial dan pelatihan keterampilan sosial dapat meningkatkan partisipasi lansia dalam komunitas, mengurangi isolasi sosial, dan meningkatkan kesejahteraan umum.

7. Pendidikan dan Pelatihan Keluarga

Membantu keluarga dalam rehabilitasi dengan mengajarkan mereka cara mendukung lansia secara efektif di rumah, termasuk cara menangani situasi darurat dan memberikan perawatan yang tepat.

8. Monitoring dan Evaluasi Berkala

Kemajuan dalam program rehabilitasi lansia harus dipantau dan dievaluasi secara berkala. Hasil evaluasi dapat digunakan untuk menyesuaikan program untuk mencapai target kemandirian.

9. Intervensi Nutrisi

Beri saran diet dan intervensi gizi kepada lansia untuk memastikan mereka mendapatkan nutrisi yang tepat. Nutrisi yang baik merupakan faktor penting dalam pemulihan dan menjaga kesehatan secara keseluruhan.

10. Kerjasama Multidisiplin

Untuk memberikan perawatan yang menyeluruh dan terpadu, tim rehabilitasi harus terdiri dari berbagai profesional kesehatan seperti dokter, fisioterapis, ahli gizi, psikolog, dan konselor.

Strategi ini dapat membantu program rehabilitasi meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup lansia.

E. Hambatan dalam Peningkatan Kemandirian Lansia

Beberapa tantangan umum yang dihadapi dalam meningkatkan kemandirian lansia melalui program rehabilitasi:

1. Ketahanan Fisik yang Rendah

Banyak lansia menghadapi masalah fisik yang signifikan, seperti kelemahan otot, ketidakseimbangan, dan masalah mobilitas, yang dapat menghambat mereka untuk berpartisipasi dalam program rehabilitasi (Uda et al., 2017).

2. Kondisi Kesehatan yang Kompleks.

Lansia sering memiliki berbagai kondisi kesehatan kronis, seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung, yang memerlukan pengelolaan yang kompleks

dan dapat memengaruhi kemampuan mereka untuk berpartisipasi penuh dalam rehabilitasi.

3. Motivasi dan Kepatuhan

Lansia mungkin tidak termotivasi atau tidak melihat manfaat langsung dari rehabilitasi.

4. Dukungan Sosial yang Tidak Memadai

Lansia yang tidak memiliki dukungan sistem yang kuat mungkin merasa terisolasi dan tidak didukung dalam proses rehabilitasi (Setyaningrum & Kuswardhani, 2023).

5. Ketidakmampuan Finansial

Biaya program rehabilitasi dapat menjadi tantangan, terutama bagi lansia yang memiliki sumber daya keuangan terbatas. Ketidakmampuan finansial dapat mencegah mereka mendapatkan terapi dan perawatan yang mereka butuhkan.

6. Transportasi dan Aksesibilitas

Mencari pusat rehabilitasi sering menjadi masalah karena masalah transportasi atau jarak yang jauh dari fasilitas kesehatan. Aksesibilitas fisik ke fasilitas rehabilitasi juga bisa menjadi masalah.

7. Kurangnya Tenaga Profesional yang Kompeten

Program rehabilitasi dapat tidak berhasil jika tidak ada fisioterapis, terapis okupasi, dan profesional kesehatan lainnya yang berpengalaman dalam rehabilitasi lansia.

8. Stigma dan Persepsi Negatif

Stigma sosial tentang penuaan dan persepsi negatif terhadap kemampuan lansia dapat memengaruhi keinginan mereka untuk berpartisipasi dalam program rehabilitasi dan motivasi mereka untuk melakukannya. Mereka yang lebih tua mungkin merasa pesimis atau tidak percaya diri tentang kemampuan mereka untuk menjadi mandiri kembali.

9. Kompleksitas Prosedural

Lansia dan keluarga mungkin kesulitan mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan karena proses administratif yang kompleks dan prosedur yang panjang untuk mendapatkan akses ke program rehabilitasi.

F. Sinergitas Pemerintah dalam Peningkatan Kemandirian Lansia melalui Program Rehabilitasi

Sejak tahun 2020 melalui Kementerian Sosial Republik Indonesia atau Kemensos RI (Kementerian Sosial, 2021a), telah menyusun dan membuat Program Rehabilitasi Sosial bagi lansia, antara lain:

1. Asistensi Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia (ATENSI-LU)

a. Pengertian ATENSI-LU

Program ini merupakan salah satu bantuan sosial yang diberikan melalui Kemensos dan ditujukan untuk membantu lansia memenuhi kebutuhan mereka tentang kehidupan yang layak, keluarga, aksesibilitas, dan pendidikan. Kegiatan asesmen menjadi sangat penting dalam bantuan sosial ini karena bergantung pada jenis bantuan yang akan diberikan.

b. Tujuan ATENSI-LU

- 1) Memberi pelayanan sosial terpadu dan berkelanjutan bagi lansia, keluarga, komunitas, atau lembaga kesejahteraan sosial lanjut usia (LKS-LU).
- 2) Memberikan perlindungan kepada lansia.
- 3) Meningkatkan kualitas pelaksanaan Rehabilitasi Sosial lansia.
- 4) Menjangkau lansia dan keluarganya yang mengalami masalah sosial.
- 5) Menjangkau lansia dan lingkungan sosialnya.

c. Sasaran Program ATENSI-LU

Sasaran utama ATENSI-LU adalah lanjut usia yang menghadapi masalah sosial seperti kemiskinan, ketelantaran, disabilitas, keterpenciran, tuna sosial dan penyimpangan perilaku, korban bencana dan korban tidak kekerasan, eksploitasi, dan diskriminasi, serta lanjut usia yang mengalami hambatan dalam fungsi sosialnya. Program ini berfokus pada tiga tujuan: keluarga, komunitas (masyarakat), dan residensial (balai atau lokasi rehabilitasi sosial).

d. Pendekatan Atensi-LU

1) Pendekatan Keluarga

- a) Pendampingan keluarga: upaya yang dilakukan pekerja sosial atau pendamping sosial lansia dalam melakukan penyelesaian masalah lansia dan keluarga. melalui ruang konsultasi dan konseling.
- b) Penguatan kapasitas keluarga: pendamping sosial dalam memberikan penguatan kepada keluarga, pendamping/caregiver dan lansia potensial dalam perawatan kepada lansia melalui kegiatan bimbingan teknis perawatan lansia.
- c) Dukungan keluarga pengganti: upaya peningkatan pemenuhan kebutuhan dan hak lansia melalui mediasi keluarga, reunifikasi keluarga, pengembalian fungsi keluarga, lingkungan pertemanan, keluarga asuh dan dukungan masyarakat (Kementerian Sosial, 2021a).

2) Pendekatan Komunitas

- a) Komunitas merupakan lingkungan terdekat bagi lanjut usia dalam pemenuhan kebutuhan fisik dan psikis.

- b) Komunitas yang memiliki kesadaran bersama akan melindungi lanjut usia dari kerentanan dan diskriminasi.
 - c) Komunitas harus menjadi yang terdekat dengan keluarga lansia. Maka, komunitas harus dikuatkan agar lebih sensitif dan responsif dalam mencegah dan menyelesaikan permasalahan yang dialami lanjut usia.
- 3) Pendekatan Residensial

Setelah pelayanan berbasis keluarga dan komunitas, pelayanan berbasis institusi atau residensial merupakan alternatif terakhir. Layanan residensial melalui Balai Rehabilitasi Sosial, Panti Sosial dan Lembaga Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia (LKS-LU) diperlukan untuk lansia yang tidak memiliki keluarga atau ditelantarkan oleh keluarga atau keluarga yang tidak mampu merawat mereka karena masalah ekonomi, sosial, atau masalah lainnya.

Diharapkan bahwa perawatan di tempat rehabilitasi atau panti dapat menjamin kualitas kesejahteraan sosial dengan menyediakan perawatan temporer untuk memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial lansia (Kementerian Sosial, 2021a).

e. Komponen Layanan Atensi-LU

Ada 7 komponen layanan yang diberikan melalui Program Atensi LU, yaitu:

1) Dukungan Pemenuhan Kebutuhan Hidup Layak

Yang paling penting untuk menjamin kehidupan lansia adalah memenuhi kebutuhan hidup layak mereka. Jenis kebutuhan hidup yang layak untuk lansia adalah sebagai berikut: Kebutuhan dasar: pakaian dan pakaian; makanan dan nutrisi; papan dan tempat tinggal; kesehatan; hubungan sosial; kasih sayang; kebutuhan hukum, rasa aman, dan perlindungan; kebutuhan spiritual; hiburan dan rekreasi; pengakuan dan apresiasi; dan pendidikan.

2) Perawatan Sosial

Kegiatan perawatan sosial dapat dilakukan secara individu maupun berkelompok, dan dapat dilakukan di dalam atau di luar keluarga. Perawatan sosial dapat dilakukan oleh keluarga serumah, tetangga, atau pendamping khusus. Kegiatan yang dilakukan dalam perawatan sosial termasuk membantu lansia melakukan aktivitas sehari-harinya, mulai dari bangun pagi hingga tidur malam. Jenis kegiatan yang dilakukan dalam perawatan sosial berbeda-beda tergantung pada kondisi lansia dan lingkungannya.

3) Dukungan Keluarga

Pemberian dukungan kepada lansia yang disebut dukungan keluarga mencakup dukungan emosional, penghargaan, penghormatan, informasi, dan dukungan kelompok untuk memahami masalah yang dihadapi.

Kegiatan dukungan keluarga juga dilakukan melalui pendampingan, penguatan kapasitas, dan tanggung jawab sosial keluarga (Kementerian Sosial, 2021a).

4) Terapi Fisik, terapi Psikososial, dan Terapi Mental Spiritual

Terapi bertujuan untuk meningkatkan fungsi fisik, mental, spiritual, dan psikososial lansia sehingga mereka merasa diberdayakan. Salah satu contohnya adalah partisipasi lansia dalam kegiatan sosial seperti Lansia Tanggap Bencana (Lansigana) dan pelibatan lansia dalam kepengurusan lembaga kesejahteraan sosial (LKS) untuk mendampingi dan menangani orang lanjut usia.

5) Pelatihan Vokasional dan/atau Pembinaan Kewirausahaan

Memberikan peluang pemberdayaan bagi lanjut usia melalui pengembangan dan penyaluran minat, bakat, dan potensi mereka; mengembangkan usaha; mendapatkan akses ke modal usaha ekonomi; mendukung kemandirian; menyediakan bantuan untuk sarana dan prasarana produksi; dan membentuk jaringan pemasaran.

Menurut UU Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia. Lansia harus diberdayakan untuk tetap dapat melakukan fungsi sosialnya dan berpartisipasi secara aktif dalam kehidupan masyarakat, bangsa, dan negara. Perjuangan untuk memberdayakan lansia mengacu pada upaya untuk meningkatkan daya (potensi) lansia sehingga mereka dapat meningkatkan kemampuan mereka dalam berbagai aktivitas sosial, ekonomi, dan politis.

Salah satu cara untuk mendorong lansia untuk menjadi lebih produktif adalah dengan membantu mereka menjadi kurang bergantung pada anggota keluarga yang lain. Beberapa praktik yang sudah dilakukan Kementerian Sosial dalam hal Pemberdayaan Bagi Lanjut Usia antara lain, bimbingan karir yang sesuai dengan minat dan bakat lanjut usia. Selain itu, bantuan kewirausahaan diberikan untuk mendukung kemampuan lanjut usia untuk hidup mandiri dan dapat memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari seperti menyediakan modal untuk bisnis seperti warung klontong, peternakan, perbengkelan, dll (Kementerian Sosial, 2021a).

6) Bantuan Sosial dan Asistensi Sosial

Pemberian bantuan merupakan upaya untuk membantu lansia hidup dengan baik.

7) Dukungan Aksesibilitas

Menghubungkan sistem sumber sesuai dengan kebutuhan adalah upaya untuk membantu lansia memperoleh akses mudah terhadap berbagai layanan. Bantuan dukungan langsung dan tidak langsung memfasilitasi aksesibilitas. Dukungan langsung diberikan melalui sosialisasi, layanan, advokasi sosial, dan fasilitasi. Dukungan tidak langsung diberikan melalui advokasi sosial kepada pemangku kepentingan.

f. Mekanisme Pelaksanaan ATENSI-LU

Mekanisme Pelaksanaan Asistensi Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia dibuat untuk mempertimbangkan berbagai kebutuhan pelayanan yang berbeda yang ada di setiap wilayah Program Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia, sehingga tetap dinamis dalam pelaksanaannya. Sesuai dengan bagaimana masalah lansia dan keluarganya berkembang di berbagai konteks lingkungannya (Kementerian Sosial, 2021a).

1) Identifikasi Akses Layanan

Ada 3 (tiga) sumber identifikasi akses layanan yaitu: referal atau rujukan, laporan dan penjangkauan (*outreach*).

a) Sumber rujukan

Proses pelimpahan tanggung jawab penanganan, di mana penerima rujukan diharapkan dapat menyediakan layanan sesuai dengan kebutuhan klien, meliputi: Sumber rujukan yang diberikan secara pribadi; sumber rujukan Pihak Ketiga yang berasal dari kepolisian, Rumah Sakit, panti sosial, LKS-LU, dan/atau PUSAKA (Pusat Santunan Keluarga) dan dikirim oleh warga masyarakat; dan sumber laporan yang dapat diakses melalui pusat penahanan, *hotline*, lanjut usia yang datang sendiri, media *online*, dan LKS-LU dan/atau PUSAKA

b) Sumber jangkauan

Mereka termasuk pekerja sosial, Tim Reaksi Cepat (TRC), Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK), Pekerja Sosial Masyarakat (PSM), dan pendamping sosial lainnya.

c) Respon Kasus

Penanganan lansia dalam situasi darurat seperti Bencana dan Darurat Khusus (penelantaran, kekerasan, berhadapan hukum, dsb).

2) Pendekatan Awal dan Kesepakatan Bersama

Dalam Atensi-LU, pendekatan awal dan kesepakatan bersama terdiri dari evaluasi awal, respons darurat, dan kesepakatan awal. Evaluasi awal dilakukan dengan verifikasi. Kasus melalui kunjungan ke rumah, lembaga, ruang publik, dan lainnya. *Rescue*, keamanan, dan tenaga medis melakukan respons darurat. Kesepakatan awal juga dapat diperoleh melalui pengisian *inform consent*, persetujuan keluarga atau wali lansia oleh balai atau-loka, dinsos provinsi, dinsos kabupaten/kota, LKS-LU, dan/atau PUSAKA (Kementerian Sosial, 2021a).

3) Asesmen Komprehensif

Asesmen komprehensif adalah kegiatan yang dilakukan oleh pekerja sosial, pendamping rehabilitasi sosial lansia, pendamping LKS-LU/PUSAKA, atau petugas lain yang diberi wewenang. Guna memahami dan mempelajari masalah, kebutuhan, potensi dan sumber, bantuan yang telah diterima, dan layanan dan bantuan apa yang dibutuhkan oleh calon penerima ATENSI-LU yang lebih tua. Hasil asesmen komprehensif ini dimasukkan ke dalam laporan hasil asesmen komprehensif dan menjadi dasar pengajuan proposal calon penerima ATENSI-LU.

Tujuan dari Asesmen Komprehensif adalah untuk mengumpulkan data dan informasi terkait berikut dari calon lansia penerima ATENSI-LU: Identitas Lansia (menurut nama dan alamat); Foto kondisi umum lansia baik secara fisik/medis, psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual; Masalah yang dihadapi oleh lansia; minat, bakat, dan keterampilan; Kebutuhan akan layanan; Bantuan sosial yang telah dan sedang diterima; Pendekatan yang diperlukan (keluarga, komunitas, residensial, atau gabungan); dan kesimpulan atau rekomendasi.

4) Perencanaan

Metode dan strategi berdasarkan proses evaluasi masalah. Dalam proses perencanaan Atensi-LU, pemetaan sistem sumber yang diperlukan oleh lansia akan dilakukan. Rencana antisipasi dan kesepakatan bersama antara pekerja sosial dari balai atau lokasi, LKS-LU atau PUSAKA dengan lansia (Kementerian Sosial, 2021a).

5) Implementasi

Aktivitas yang dimaksudkan untuk mengubah diri lansia, keluarga, dan komunitas.

2. Jaminan Sosial dan Kesehatan

Pemerintah menyediakan berbagai program jaminan sosial, antara lain:

a. Program Keluarga Harapan (PKH)

Bantuan bersyarat bagi lansia yang *eligible* dan masuk Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) dengan jumlah nominal tertentu sesuai dengan komponen yang ada di data. Pemberian bantuan ini dengan tujuan untuk merangsang kondisi ekonomi penerima bantuan agar bisa sejahtera secara mandiri. Jumlah lansia yang sudah mendapat bantuan PKH sebanyak 11,86 persen rumah tangga lansia menerima PKH, ada peningkatan dari tahun 2020 yang hanya 11,16 persen.

b. Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) yang ditujukan pada lansia

Bantuan ini atau yang lebih sering dikenal dengan Sembako merupakan bantuan yang diberikan secara non tunai melalui Kartu Keluarga Sejahtera dan wajib dibelikan pangan sesuai dengan kebutuhan lansia tersebut.

c. Selain itu, program jaminan pensiun dan jaminan kesehatan juga dirancang untuk memastikan kesejahteraan lansia

3. Posyandu Lansia

Posyandu Lansia adalah layanan kesehatan berbasis komunitas yang menyediakan pelayanan kesehatan preventif dan promotif bagi lansia. Program ini bertujuan untuk mendekatkan akses layanan kesehatan kepada lansia di lingkungan mereka. Program Posyandu Lansia bertujuan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi orang lanjut usia. Program ini bertujuan untuk membantu orang lanjut usia memenuhi kebutuhan dasar mereka seperti rasa aman, rasa sosial, rasa dihargai, dan fisiologis (Tuwu & La Tarifu, 2023).

Permensos No. 7 Tahun 2022 dari ATENSI menyatakan bahwa posyandu adalah salah satu bentuk penyelenggaraan kesejahteraan sosial bagi lanjut usia yang berbasis masyarakat, yang dilaksanakan di tingkat desa.

Tujuan dari Unit Pelayanan Teknis Rehabilitasi Sosial adalah untuk mendorong dan mengaktifkan Posyandu Lansia di tempat kerjanya dan di sekitarnya. Terdapat tiga tugas yang harus diselesaikan oleh Unit Pelaksana Teknis untuk menggerakkan dan/atau mengembangkan Posyandu Lansia dengan bantuan program ATENSI: mengumpulkan data tentang semua lansia yang mungkin, tidak mungkin, dan terlantar yang ada di lingkungannya; mengembangkan dan menerapkan program untuk membantu lansia menjadi lebih baik (Kementerian Sosial, 2021b).

G. Simpulan

Kemajuan dalam bidang kesehatan dan pendidikan telah menyebabkan peningkatan populasi lanjut usia di Indonesia. Sekitar 28,2 juta orang lanjut usia di Indonesia pada tahun 2020. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi 33,4 juta pada tahun 2030. Yogyakarta memiliki proporsi lansia terbesar dari delapan provinsi. Penuaan populasi membawa masalah, termasuk masalah kesehatan yang dapat mengganggu kemandirian lansia.

Program rehabilitasi seperti okupasi dan terapi fisik dapat meningkatkan kemandirian lansia. Dengan strategi dan teknologi bantu yang komprehensif, pemberdayaan lansia bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, mengurangi ketergantungan, dan mencegah komplikasi kesehatan. Selain itu, keluarga yang merawat lansia juga menerima bantuan. Melalui program rehabilitasi sosial, program bantuan keluarga seperti Program Keluarga Harapan, dan layanan kesehatan Posyandu Lansia, pemerintah mendukung pemberdayaan lansia.

H. Referensi

- Badan Pusat Statistik. (2023). Statistik Penduduk Lanjut Usia 2023. In *Badan Pusat Statistik* (Vol. 20). Badan Pusat Statistik.
- BKKBN. (2016). *Panduan Pelaksanaan penguatan pelayanan ramah lansia melalui 7 dimensi lansia tangguh dan pendampingn perawatan jangka panjang bagi lansia*. 01, 1–23.
- Bulan Sari, D. (2023). Kebijakan Rehabilitasi Sosial Dalam Penanganan Lanjut Usia. *Kementerian Sosial Repbulik Indonesia*.
- Indrayogi, I., Priyono, A., & Asyisyah, P. (2022). Peningkatan Kualitas Hidup Lansia Melalui Pemberdayaan Lansia Produktif, Gaya Hidup Sehat Dan Aktif. *Indonesian Community Service and Empowerment Journal (IComSE)*, 3(1), 185–191. <https://doi.org/10.34010/icomse.v3i1.5330>
- Kementerian Sosial. (2021a). *Pedoman Operasional ATENSI-LU*. Kementerian Sosial.
- Kementerian Sosial. (2021b). *Rencana Strategis Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial 2020-2024 (Revisi 2021)* (Issue 28). Kementerian Sosial.
- Naediwati, E. D. (2018). Geronteknologi dan Perawatan Lansia. *Dunia Keperawatan*, 6(2). <https://doi.org/10.20527/dk.v6i2.5555>
- Sembodo, T. (2021). *Upaya Pemberdayaan Masyarakat pada Lansia dalam Peningkatan Kemandirian Lansia Melalui Program Rehabilitasi*

Setyaningrum, D. T., & Kuswardhani, N. A. (2023). Peran Dukungan Sosial Bagi Subjective Well Being Lansia yang Tinggal di Panti Sosial. *Jurnal Psikologi Konseling*, 15(2), 282–291.

Sitanggang, D. M., Nababan, V. R., Tobing, M. S., & Purba, B. (2024). Analisis Dampak Ageing Population di Indonesia. *MESIR: Journal of Management Education Social Sciences Information and Religion*, 1(2), 251–256.
<https://doi.org/10.57235/mesir.v1i2.2914>

Suryadi, S. (2018). Dampak Peningkatan Usia Harapan Hidup Penduduk Indonesia Terhadap Struktur Demografi Dan Perawatan Lanjut Usia. *Empower: Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam*, 3(2).
<https://doi.org/10.24235/empower.v3i2.3515>

Tuwu, D., & La Tarifu. (2023). Implementasi Program Posyandu Lansia Untuk Menjaga Kesehatan Lanjut Usia. *Journal Publicuho*, 6(1), 20–29.
<https://doi.org/10.35817/publicuho.v6i1.72>

Uda, H. D. H., Muflih, M., & Amigo, T. A. E. (2017). Latihan Range of Motion Berpengaruh Terhadap Mobilitas Fisik pada Lansia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Unit Abiyoso Yogyakarta. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 4(3), 169. [https://doi.org/10.21927/jnki.2016.4\(3\).169-177](https://doi.org/10.21927/jnki.2016.4(3).169-177)

I. Glosarium

ATENSI-LU	: Asistensi Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPNT	: Bantuan Pangan Non Tunai
BPS	: Badan Pusat Statistik
DTKS	: Data Terpadu Kesejahteraan Sosial
Et al	: Et alia
Kemensos	: Kementerian Sosial
Lansia	: Lanjut Usia
Lansigana	: Lansia Tanggap Bencana
LKS-LU	: lembaga kesejahteraan sosial lanjut Usia
No	: Nomor
Permensos	: Peraturan Menteri Sosial

PKH	: Program Keluarga Harapan
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PSM	: Pekerja Sosial Masyarakat
PUSAKA	: Pusat Santunan Keluarga
RI	: Republik Indonesia
TKSK	: Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan
TRC	: Tim Reaksi Cepat
UU	: Undang-undang

CHAPTER 6

MANAJEMEN NYERI KRONIS PADA LANSIA SECARA HOLISTIK

Ns. Binarti Dwi Wahyuningsih, S.Kep.Ns, M.Kes

A. Pendahuluan / Prolog

Peningkatan pembangunan berbagai bidang termasuk kesehatan meningkatkan angka harapan hidup masyarakat. Pada tahun 2013, sebanyak 8,9% penduduk Indonesia berusia 60 tahun ke atas. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat hingga 21,4% pada tahun 2050. Di tingkat global, pada tahun 2010 diperkirakan sebesar 8% dari populasi dunia berusia 65 tahun ke atas dan diperkirakan akan menjadi 16% pada tahun 2050. Banyaknya jumlah penduduk lanjut usia menjadi tantangan tersendiri karena meningkatnya permasalahan kesehatan pada kelompok tersebut. Nyeri merupakan salah satu keluhan yang cukup sering dijumpai pada individu lanjut usia (lansia). Diperkirakan hampir 60% dari kelompok usia tersebut memiliki keluhan nyeri. Hal ini dapat bersifat akut maupun kronis dan dapat bersumber dari berbagai proses patologi terutama penyakit degeneratif. Risiko terjadinya nyeri kronis juga meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Penilaian nyeri yang tidak memadai, adanya kondisi komorbid, perubahan fisiologis dan metabolisme pada lansia, serta perubahan ambang batas dan sensitivitas terhadap nyeri dapat menyebabkan penanganan nyeri tidak optimal. Berbagai hal tersebut perlu menjadi pertimbangan dalam menangani nyeri pada lansia agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Tinjauan pustaka ini bertujuan untuk membahas berbagai perubahan pada lansia yang mempengaruhi manajemen nyeri serta gambaran umum pemilihan analgesik yang tepat bagi lansia (Marchand S. Pain and Age, 2012). Nyeri merupakan alasan yang paling umum sehingga individu mencari perawatan kesehatan, karena nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan aktivitas individu (Gatchel, Peng, Fuchs, Peters & Turk, 2007). Pengungkapan terhadap rasa nyeri bersifat sangat subjektif dan hanya orang yang mengalami yang dapat mengungkapkan, menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Lee & Tracey, 2010; Mubarak & Chayatin, 2007; Turk & Winter, 2010). Menurut *International Association for Study of Pain* (IASP) nyeri diartikan sebagai sensasi fisik atau kondisi emosi yang tidak diinginkan akibat rusaknya saraf atau jaringan di dalam tubuh seseorang (IASP, 2012; Sares, 2008). Nyeri terjadi bersama

banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik maupun pengobatan lain (Brunner & Suddarth's,2010). Nyeri dapat berasal dari setiap bagian dari

tubuh manusia seperti kulit, otot, ligamen, sendi, tulang (nyeri *nociceptive*), jaringan terluka (nyeri inflamasi), saraf (nyeri neuropatik), organ internal (nyeri viseral) atau kombinasi dari jenis rasa sakit (nyeri campuran) (The British Pain Society, 2010). Di Indonesia, prevalensi individu yang menderita nyeri kronis khususnya muskuloskeletal sekitar 35,86 % total dari kunjungan pasien nyeri (PERDOSSI, 2007) dan sebagian besar yang mengalaminya adalah individu yang bekerja dan individu yang tinggal di kota besar (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Rentang usia individu yang menderita nyeri musku- loskeletal berada pada rentang usia 41 hingga 60 tahun atau usia produktif (Purba,2006).

Nyeri kronis adalah nyeri yang terus menerus terjadi selama tiga bulan atau lebih. Penderita nyeri kronis biasanya akan memiliki kecemasan yang tinggi dan cenderung mengembangkan perasaan putus asa dan tidak berdaya. Hal ini dikarenakan penderita nyeri kronis merasa berbagai pengobatan yang dijalannya tidak dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan (Sarafino & Smith, 2011). Contoh nyeri kronis antara lain nyeri yang berhubungan dengan sakit pinggang (*low back pain*), arthritis, dan kerusakan saraf atau *neurogenic pain*. Nyeri yang dialami penderita nyeri kronis bersifat kompleks dan merupakan hasil interaksi faktor-faktor fisiologis, psikologis, sosial serta pengalaman masa lalu individu dan manfaat *treatment* yang dijalannya selama ini (Gatchel, Peng, Fuchs, Peters & Turk,2007; IASP 2012; Linton 2005; Nay &Fetherstonhaugh, 2012). Pasien nyeri kronis yang menganggap nyerinya sebagai sesuatu yang mengganggu dan menghalanginya dalam beraktivitas akan mengalami perasaan tidak berdaya, penurunan tingkat aktivitas dan intensitas nyeri yang lebih tinggi serta mengalami *distress* emosional yang lebih tinggi (ACPA,2016; Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, &Gallacher, 2006; Godsoe, 2008). Keyakinan penderita bahwa nyeri tidak dapat dikendalikan juga berhubungan dengan meningkatnya penggunaan obat-obatan medis, dan simtom-simtom depresi (Godsoe, 2008). Di samping itu, *self-efficacy* yang rendah juga berhubungan dengan rendahnya toleransi terhadap nyeri, penghindaran sosial, tingginya ketidakmampuan dalam beraktivitas mandiri, dan buruknya hasil *treatment* yang dijalani (Godsoe, 2008). Oleh karena itu, tampak jelas bahwa berbagai faktor psikososial memiliki dampak yang besar terhadap penderita nyeri kronis. Tentu saja hal ini berdampak pada kualitas kesehatan pasien yang berdampak pada rendahnya kualitas hidup pasien dengan nyeri kronis (Gustorff, Dorner, Likar, Grisold, Lawrence, Schwarz, & Rieder,2008; Otto, Bach, Jensen, & Sindrup, 2007;

Vasudevan, 2004). Kualitas hidup menurut definisi WHO adalah persepsi dari individu terhadap kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup, kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran dalam hidup (Preedy & Watson, 2010). Kualitas hidup sebagai dampak dari penyakit dan aspek kepuasan yang diukur dengan beberapa skala seperti fungsi fisik (didefinisikan sebagai status fungsional dalam kehidupan sehari-hari), disfungsi psikologis (tingkat *distress* emosional), fungsi sosial (hubungan antar pribadi yang berfungsi dalam kelompok), pengobatan (didefinisikan sebagai kecemasan atau kekhawatiran tentang penyakit dan program perawatan), fungsi kognitif (kinerja kognitif dalam pemecahan masalah). Faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup seseorang antara lain dipengaruhi oleh jenis kelamin, hal ini dikarenakan setiap jenis kelamin memiliki peran sosial yang berbeda di masyarakat, usia, hingga pendidikan (Preedy & Watson, 2010). Individu dikatakan memiliki kualitas hidup yang positif bila individu tersebut memiliki pandangan psikologis yang positif, memiliki kesejahteraan emosional, memiliki kesehatan fisik dan mental yang baik, memiliki kemampuan fisik untuk melakukan hal – hal yang ingin dilakukan, memiliki hubungan yang baik dengan keluarga maupun teman, berpartisipasi dalam kegiatan sosial, tinggal dalam lingkungan yang aman dengan fasilitas yang baik dan memiliki uang yang cukup untuk memenuhi kebutuhannya sehari-hari (Preedy & Watson, 2010). Dalam meningkatkan kualitas hidup pasien nyeri kronis, diperlukan penanganan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Ada berbagai bentuk manajemen nyeri untuk meningkatkan kualitas hidup pasien nyeri kronis yaitu farmakologi dan nonfarmakologi. Penggunaan farmakologi adalah metode yang paling umum digunakan dalam mengontrol rasa sakit akibat nyeri kronis sementara waktu. Walaupun begitu beberapa pasien dengan nyeri kronis menjadi tidak realistik lagi dengan obatan-obatan yang digunakannya dalam mengurangi nyeri kronis (Feinberg, Willer, Antonenko & John, 2012).

B. Etiologi Nyeri Pada Usia Lanjut

Perubahan degeneratif pada sistem muskuloskeletal seperti osteoarthritis atau osteoporosis menjadi penyebab nyeri tersering pada lansia. Nyeri muskuloskeletal serta nyeri *myofascial* ikut berkontribusi meningkatkan kejadian nyeri. Sebagai contoh, kejadian nyeri punggung kronis pada usia >65 tahun jauh lebih tinggi dibanding usia 16-24 tahun. Pada lansia penyakit metabolismik degeneratif serta gangguan nutrisi cukup banyak ditemukan. Kedua kondisi tersebut dapat berkontribusi menjadi penyebab nyeri pada lansia seperti neuropati diabetik ataupun nutrisional. Lansia juga sering mengalami gangguan keseimbangan sehingga rentan mengalami trauma dan fraktur yang juga akan menimbulkan nyeri.

Beberapa kondisi nonkanker lain yang cukup sering menyebabkan nyeri pada lansia antara lain neuralgia pascaherpes, neuralgia trigeminal, serta nyeri pascastroke. Kondisi keganasan yang juga cukup sering didapatkan pada usia lanjut menyebabkan banyaknya dan lebih dari setengahnya adalah orang berusia 70-91 tahun. Golongan ini secara fungsional mengalami ketergantungan dan sebagian mengalami depresi, yang mungkin dapat disebabkan kanker itu sendiri atau rasa nyeri akibat kanker.(Karp JF, Shega JW, Morone NE, Weiner DK, 2008).

C. Perubahan Persepsi Nyeri

Pada lansia diperkirakan terdapat perubahan dalam ambang batas deteksi maupun toleransi terhadap nyeri, meskipun hasil dari berbagai studi masih belum dapat menghasilkan kesimpulan yang seragam. Ambang batas deteksi nyeri, yaitu nilai stimulus terkecil yang diperlukan untuk seseorang menyatakan bahwa suatu stimulus menyebabkan nyeri, diperkirakan mengalami perubahan seiring dengan bertambahnya usia. Suatu literatur menyatakan bahwa ambang batas deteksi nyeri suhu (*thermal pain*) tidak berhubungan dengan pertambahan usia sedangkan ambang batas untuk nyeri tekan

(*pressure pain*) bisa naik maupun turun. Literatur lain yang menyimpulkan hasil dari beberapa studi eksperimental dan menyatakan bahwa secara umum ambang batas deteksi nyeri suhu dan nyeri tekan meningkat seiring bertambahnya usia, sedangkan untuk stimulasi elektrik tidak menunjukkan perubahan. Perbedaan ambang batas antara stimulus suhu dan tekan dengan stimulus elektrik ini diperkirakan berhubungan dengan perbedaan dalam proses penghantaran impuls. Stimulus elektrik dapat secara langsung mengaktifasi serabut aferen primer tanpa melewati suatu reseptor, sedangkan pada dua jenis stimulus sebelumnya memerlukan aktivasi reseptor Pada lansia terdapat perubahan morfologi maupun fungsi dari reseptor nosiseptif di kulit, termasuk reseptor nyeri suhu

dan tekan. Hal ini dapat mempengaruhi perbedaan ambang batas stimulus suhu dan tekan dibandingkan elektrik. Ambang batas terhadap stimulus nyeri iskemik eksperimental secara umum menunjukkan penurunan, sehingga terjadi peningkatan sensitivitas. Perubahan persepsi nyeri juga diperkirakan terjadi untuk stimulus nyeri yang berasal dari organ viseral. Pada lansia terdapat pengurangan sensitivitas terhadap nyeri viseral seperti pada angina pektoris atau nyeri abdomen karena infeksi abdominal. (Gibson SJ, Helme RD, 2001). Pada lansia terjadi perubahan ambang batas toleransi nyeri, yaitu stimulus terendah yang diperlukan untuk membuat seseorang tidak dapat menahan nyeri atau meminta stimulus dihentikan. Sebagian besar lansia mengalami penurunan ambang batas toleransi nyeri. Berbagai faktor selain pertambahan usia diperkirakan berkontribusi terhadap

perubahan ini, antara lain faktor sosial, hubungan interpersonal, serta kondisi psikiatri- psikologi sehingga dalam manajemen nyeri pada lansia juga perlu mempertimbangkan hal-hal tersebut.(Larivie M, Goffaux P, Marchand S, Julien N, 2007).

D. Perubahan Sistem Somatosensoris

Pada lansia terjadi beberapa perubahan dalam sistem somatosensori yang mengantarkan stimulus nyeri, baik di tingkat perifer maupun sentral. Pada tingkat perifer dapat terjadi perubahan pada aspek struktural, biokimiawi, dan fungsional dari sistem aferen primer. Secara struktural terjadi perubahan pada kondisi kulit serta nosiseptor, baik yang berada di kulit maupun di lokasi lainnya. Serabut saraf sensoris bermielin maupun tanpa mielin mengalami proses degenerasi seiring dengan bertambahnya usia. Hal ini dapat menyebabkan penurunan densitas serabut saraf tepi serta perlambatan kecepatan hantar saraf tepi pada lansia.^{7,11} Secara biokimiawi terdapat perubahan jumlah beberapa neurotransmitter yang berperan dalam proses nyeri. Berdasarkan studi pada manusia ditemukan bahwa substansi P mengalami penurunan di beberapa tempat seperti kulit, epitelium nasal, serta ganglion radiks dorsal segmen lumbal dan torakal. Neurotransmitter *calcitonin gene-related peptide* (CGRP) juga mengalami penurunan di mesenterium berdasarkan studi pada hewan coba. Kedua komponen biokimiawi tersebut merupakan neurotransmitter utama dalam transmisi nosiseptif (Chakour MC, Gibson SJ, Bradbeer M, Helme RD, 2012). Perubahan secara fungsional juga pernah dilaporkan oleh beberapa penulis. Dalam penghantaran nyeri, serabut C menjadi serabut utama pada lansia, sedangkan pada orang dewasa muda terdapat tambahan input dari serabut A-delta. Terdapat kemungkinan perubahan selektif serabut A-delta pada lansia sehingga fungsi peringatan dini dari serabut tersebut menurun.^{7,11,12} Pada lansia terjadi peningkatan sitokin proinflamasi (*tumor necrosis factor- α* (TNF- α), interleukin-6 (IL-6), dan interleukin-8 (IL-8) setelah pemberian stimulus nyeri baik dingin maupun panas. Selain itu, puncak peningkatan sitokin antiinflamasi (IL-4, IL-5, dan IL-10) terjadi lebih lambat pada lansia dibandingkan dengan dewasa muda. Perubahan juga ditemukan pada jaras nyeri di sentral seiring dengan pertambahan usia. Efektivitas mekanisme kontrol nyeri endogen diperkirakan menurun pada lansia. Telah banyak diketahui bahwa di daerah batang otak terdapat area *periaqueductal grey matter* (PAG) yang meregulasi nyeri. Banyak opioid dan reseptornya yang ditemukan pada area ini. Selain itu, area ini juga memberikan serabut inhibitorik ke kornu dorsalis medula spinalis yang dimediasi oleh beberapa neurotransmitter seperti serotonin dari *nucleus* /Cruz-Almeida Y,

Aguirre M, Sorenson HL, Tighe P, Wallet SM, 2020) *raphe magnus, norepinefrin* dari *locus coeruleus*, dan asetilkolin. Pada lansia terjadi kematian neuron disertai gliosis yang menyebabkan penurunan jumlah neuron dan pada akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi *descending inhibition* ini. Perubahan juga terjadi pada sistem limbik. Pada korteks prefrontal dan *cinguli* anterior terdapat penurunan. Perubahan pada GABA dan glutamat di korteks prefrontal diperkirakan mempengaruhi sumasi stimulus nyeri sehingga mempengaruhi persepsi nyeri. Berbagai perubahan yang telah dibahas menunjukkan bahwa berbagai aspek biokimiawi pada modulasi nyeri mengalami penurunan. (Gibson Sj, Farrell M, 2020)

E. Penilaian Nyeri Pada Usia Lanjut

Anamnesis, pemeriksaan intensitas nyeri, dan pemeriksaan fisik yang sesuai dengan etiologi nyeri perlu dilakukan dengan baik untuk memahami perjalanan alamiah nyeri serta merencanakan manajemen dan edukasi pada pasien. Berbagai metode penilaian intensitas nyeri secara umum dapat digunakan pada lansia yang masih kooperatif. Metode yang cukup efektif dan dapat diselesaikan dengan baik oleh sebagian besar lansia antara lain *Verbal Descriptor Scale* (VDS), *Numeric Rating Scale* (NRS), *Facial Pictorial Scale*, dan *Wong–Baker Faces Pain Scale*. Metode *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) juga menilai komponen lain yang terlibat dalam nyeri seperti sensori dan afektif. Komponen MPQ cukup panjang dan memakan waktu yang relatif lama sehingga tidak dapat ditoleransi oleh sebagian lansia. Sebagai alternatif, MPQ versi pendek (*MPQ-short form* atau MPQ-SF) dapat digunakan. Hal lain yang perlu diingat adalah bahwa pada sebagian besar lansia terdapat penurunan fungsi pendengaran dan penglihatan sehingga metode pemeriksaan di atas sebaiknya disesuaikan dengan kondisi pasien seperti memperbesar cetakan huruf, mengeraskan suara pemeriksa, dan memastikan pemahaman pasien terhadap instruksi. Selain itu, pada lansia juga dapat terjadi gangguan fungsi kognitif, termasuk pada kemampuan berpikir abstrak, menyebabkan pemeriksaan di atas menjadi tidak valid dan sulit diselesaikan. Hal ini mengakibatkan kurang optimalnya pemeriksaan nyeri dan kegagalan manajemen nyeri. Klinisi yang melakukan observasi ekspresi wajah untuk menilai adanya rasa nyeri dapat memperoleh hasil pemeriksaan yang sesuai pada sekitar 80-90% dari uji coba. Untuk mendapatkan hasil yang lebih objektif pada pasien demensia dapat digunakan pemeriksaan dengan skala terstandar. Pada *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) scale terdapat pemeriksaan terhadap ekspresi wajah dan gerak tubuh untuk menilai nyeri. Pada instrumen DOLOPLUS 2 dilakukan penilaian terhadap tiga dimensi nyeri yaitu somatik, psikomotor, dan psikososial. Pemeriksaan lain yaitu *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to*

Communicate (PACSLAC) menilai ekspresi wajah terhadap nyeri, fungsi fisiologi, faktor sosial dan aktivitas harian pasien. Secara umum PACSLAC dan DOLOPLUS 2 nampaknya merupakan pemeriksaan yang lebih sesuai untuk lansia.(Cruz-Almeida Y, Aguirre M, Sorenson HL, Tighe P, Wallet SM, Riley, 2015)

F. Klasifikasi Dan Menilai Derajat Nyeri

Intensitas nyeri adalah Gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan obyektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Anas Tamsuri, 2006).

Nyeri berdasarkan jenisnya, meliputi secara umum di bagi menjadi dua:

1. Nyeri akut

Merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot (Hidayat,2010).

2. Nyeri kronis

Merupakan nyeri yang timbulnya secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan yang termasuk dalam kategori ini adalah nyeri terminal,syndroma nyeri kronis, nyeri psikosomatik (Hidayat, 2010).

Pengukuran subyektif nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai alat pengukur nyeri seperti skala visual analog, skala nyeri numerik, skala nyeri deskriptif, atau skala nyeri Wong-Bakers (Black & Hawks, 2009).

Macam-Macam Skala Nyeri

Ada banyak metode untuk mengukur skala nyeri, namun yang paling sering digunakan antara lain: (*Very Well Health,2024*)

1. Numeric rating scale (NRS)

Numeric rating scale merupakan skala nyeri yang paling sering digunakan. Skala nyeri ini dirancang untuk digunakan oleh pasien yang berusia di atas 9 tahun. Tingkat intensitas nyeri ini dapat dinilai pada perawatan awal, atau secara berkala setelah perawatan.

Pada pengukuran skala nyeri ini, pasien diminta untuk menilai rasa sakit yang dialami menggunakan angka 0–10 atau 0–5. Semakin besar angka yang dipilih, maka semakin sakit juga nyeri yang dirasakan. Berikut adalah penjelasannya:

- a. Angka 0 artinya tidak nyeri
- b. Angka 1–3 artinya nyeri ringan
- c. Angka 4–6 artinya nyeri sedang
- d. Angka 7–10 artinya nyeri berat

2. Visual analog scale (VAS)

Skala nyeri ini menggunakan garis sepanjang 10 cm yang dicetak pada selembar kertas. Di ujung garis sebelah kiri terdapat tulisan "tidak sakit" dan di ujung lainnya terdapat tulisan "sakit yang teramat sangat".

Pasien diminta untuk memberi tanda titik atau X pada garis untuk menunjukkan intensitas rasa sakit yang diderita. Kemudian dokter akan mengukur garis untuk menghitung skor nyeri.

3. Verbal rating scale(VRS)

Skala nyeri berupa *verbal rating scale* menggunakan kata-kata, angka, atau warna untuk menilai rasa sakit. Misalnya, dalam satu garis lurus terdapat kata-kata mulai dari "tidak nyeri", "nyeri ringan", "nyeri sedang", "sangat nyeri", "sangat nyeri sekali", hingga "amat sangat nyeri sekali".

Setiap kata tersebut dipasangkan dengan angka (misalnya, "tidak nyeri" = 0 dan "amat sangat nyeri sekali" = 5).

4. Face pain scale (FPS)

Untuk anak-anak, skala nyeri biasanya menggunakan beberapa gambar wajah dengan warna dan ekspresi yang berbeda. Anak dapat memilih wajah yang mereka rasa paling sesuai dengan tingkat nyeri yang mereka alami.

5. McGill pain questionnaire (MPQ)

Skala nyeri jenis ini berbentuk seperti kuesioner berisi 78 kata yang berkaitan dengan rasa nyeri, seperti takut, dingin, panas, mati rasa, dan sebagainya. Pasien diminta menandai kata-kata yang paling sesuai dengan kondisi yang dirasakan.

Setelah itu, dokter akan menghitung jumlah kata yang ditandai. Skala nyeri ini ditujukan untuk anak-anak yang sudah bisa membaca dan orang dewasa.

6. Brief pain inventory (BPI)

Skala nyeri ini berisi sekitar 15 pertanyaan untuk mengetahui rasa sakit yang dirasakan selama 24 jam terakhir. Beberapa pertanyaan dilengkapi dengan pilihan angka 0–10.

Contoh pertanyaan yang diberikan antara lain menandai lokasi nyeri pada gambar manusia dan apakah nyeri menganggu tidur maupun kemampuan berjalan pasien.

7. Initial pain assessment tool

Initial pain assessment tool dirancang untuk digunakan selama pemeriksaan awal. Skala nyeri ini bisa membantu dokter mendapatkan informasi mengenai rasa nyeri pasien.

Skala nyeri mempermudah dokter dalam menilai, mendiagnosis, dan mengobati pasien. Beberapa skala nyeri mungkin dikombinasikan penggunaannya untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat.

G. Tantangan Penilaian Nyeri Pada Lansia

Dengan pengetahuan bahwa nyeri sering kali tidak ditangani secara memadai pada populasi lansia karena kesalahpahaman yang mendasarinya, setiap laporan nyeri yang memengaruhi fungsi fisik atau psikososial atau mengurangi Kualitas Hidup pasien harus diakui sebagai masalah yang signifikan dan ditangani dengan tepat (Panel AGS, 2002). Faktanya, nyeri sering dianggap sebagai "tanda vital kelima" dan harus dipertanyakan pada setiap kunjungan

perawatan kesehatan. Pasien yang datang dengan nyeri harus menjalani penilaian nyeri yang komprehensif. Karena sifat nyeri yang subjektif, pengukuran seperti Skala Penilaian Numerik dan Skala Deskriptor Verbal telah dikembangkan dan diterapkan untuk memberikan data yang lebih objektif. Penggunaan termometer nyeri atau skala wajah mungkin diperlukan bagi pasien dengan gangguan kognitif yang mengalami kesulitan menanggapi skala nyeri numerik. Skala nyeri yang difokuskan pada "peredea nyeri" mungkin lebih bermanfaat daripada yang difokuskan pada "intensitas nyeri," karena pasien akan memiliki dasar yang sama untuk

"peredea," sedangkan "intensitas" sangat bergantung pada pasien. Deskriptor nyeri seperti lokasi, durasi, onset, frekuensi, faktor yang memperparah dan meringankan, intensitas, dan kualitas harus dinilai, khususnya dengan meminta pasien untuk menjelaskan dengan kata-katanya sendiri seperti apa rasa nyeri tersebut. Penilaian ini juga harus mencakup daftar obat resep, obat bebas, dan obat alternatif pelengkap yang telah dicoba oleh pasien beserta respons terhadap pengobatan dan intervensi nonfarmakologis seperti kompres panas atau es, teknik biofeedback, dan akupunktur. Selain itu, penting untuk menentukan seberapa puas pasien dengan manajemen nyerinya saat ini. Memberikan waktu yang cukup bagi pasien untuk menanggapi pertanyaan dan mengulangi pertanyaan akan diperlukan dalam beberapa kasus untuk mendapatkan riwayat nyeri yang lengkap (Prowse M, 2006). Penilaian nyeri pada pasien lanjut usia dengan demensia sedang hingga berat, penyakit Parkinson, atau stroke atau pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara verbal mungkin bermasalah. Oleh karena itu, bertanya

kepada pengasuh dan/atau anggota keluarga yang sering mengamati pasien dengan salah satu kondisi ini mungkin bermanfaat. Perilaku yang dapat mengindikasikan nyeri meliputi perubahan gaya berjalan atau mobilitas, mengerang dan mengerang, berkedip cepat, meminta bantuan, perubahan nafsu makan atau tidur, menangis, mudah tersinggung, bersikap waspada, distorsi wajah, mengerutkan keping atau meringis, peningkatan gerakan mengembara, agresi, sifat suka berkelahi, gelisah, dan gerakan terbatas. Penting untuk dicatat bahwa perilaku ini tidak khusus untuk pasien yang mengalami kesulitan berkomunikasi secara verbal dan penting saat menilai pasien lanjut usia mana pun. Pemeriksaan fisik pada orang dewasa yang lebih tua dengan laporan nyeri harus mencakup penilaian sistem musculoskeletal dan neurologis dan dapat melibatkan konsultasi dengan terapis fisik atau okupasi atau spesialis seperti ahli saraf, ahli ortopedi, atau ahli reumatologi sebagaimana dianggap perlu (Panel AGS, 2002).

H. Perubahan Farmakinetik Dan Farmakodinamik Pada Usia

Perubahan fisiologis pada lansia mempengaruhi proses farmakokinetik dan farmakodinamik. Perubahan farmakokinetik seperti perlambatan pengosongan lambung dapat mempengaruhi kecepatan absorpsi obat serta meningkatkan risiko iritasi

lambung. Penurunan fungsi hepar dan ginjal dapat berpotensi memperlambat waktu paruh obat di dalam darah. Hal ini terjadi karena metabolisme obat serta pembuangan komponen obat dari darah mengalami penurunan sehingga kadar obat dalam darah menjadi lebih lama. Penurunan afinitas obat terhadap protein pengikat di plasma juga berpotensi meningkatkan sirkulasi obat bebas dalam darah. Penurunan massa otot dan peningkatan lemak tubuh dapat

menyebabkan akumulasi obat larut lemak, seperti diazepam, sehingga risiko efek sampingnya meningkat. Pada lansia terjadi beberapa perubahan pada sistem somatosensori

seperti penurunan jumlah neuron serta perubahan jumlah dan fungsi reseptor pada sistem modulasi nyeri di sistem saraf pusat (SSP). Hal ini perlu dipertimbangkan karena beberapa obat yang digunakan dalam manajemen nyeri beraksi pada tingkat reseptor seperti reseptor opioid, serotonin, dan norepinefrin. Perubahan signifikan dalam proses farmakokinetik maupun farmakodinamik pada lansia perlu dipertimbangkan untuk mencegah risiko efek samping dari obat yang diberikan.(Edwards RR, Fillingim RB, 2005)

Tabel 6.1. Perubahan farmakokinetik pada lansia

Proses Farmakokinetik	Perubahan fisiologi	Efek
Absorpsi	Perlambatan pengosongan lambung	Mempengaruhi kecepatan absorpsi ↑risiko iritasi lambung
Distribusi	↓afinitas obat terhadap protein pengikat ↑lemak tubuh	↑kadar obat bebas plasma akumulasi obat-obatan larut lemak
Metabolisme	↓fungsi hepar	↑waktu paruh
Ekskresi	↓fungsi ginjal	↑waktu paruh

I. Pilihan Pengobatan Nyeri Pada Lanjut Usia

Terapi farmakologis merupakan salah satu andalan dalam manajemen pasien nyeri kronis, termasuk pasien lansia. Terdapat berbagai jenis pengobatan yang dapat digunakan, antara lain analgesik nonopioid—termasuk *non-steroidal anti-inflammatory drugs* (NSAID) dan parasetamol—, opioid, serta obat ajuvan seperti antiepilepsi dan antidepressi.⁴ Panduan terapi farmakologi dari World Health Organization (WHO) berupa *analgesic step ladder* secara umum

digunakan untuk manajemen nyeri terkait kanker. Namun demikian, prinsip dasar manajemen nyeri ini dapat diaplikasikan juga pada nyeri kronis nonkanker. Parasetamol sebagai obat analgesik nonopioid menjadi salah satu pilihan pertama dalam penanganan nyeri ringan hingga sedang pada lansia karena keamanannya.¹⁷ Obat ini banyak tersedia dengan harga yang relatif murah serta cukup efektif untuk beberapa kondisi nyeri seperti nyeri muskuloskeletal. Parasetamol dapat dikombinasikan dengan obat lain seperti opioid untuk menangani nyeri sedang hingga berat. Kombinasi ini diperkirakan cukup efektif dalam mengurangi intensitas nyeri serta bermanfaat dalam mengurangi jumlah opioid yang digunakan pasien sehingga meminimalkan risiko efek samping opioid. Absorpsi dan metabolisme parasetamol cukup baik sehingga meminimalkan interaksi dengan obat lain.

Pada lansia tidak diperlukan penurunan dosis sehingga dosis awal 500 mg per 6-8 jam masih dapat ditoleransi. Dosis terapi maksimal sebesar 4 gram per hari, tetapi diperkirakan dosis di atas 2,6 gram per hari tidak memberikan manfaat analgesik tambahan. Dosis maksimal menjadi lebih rendah pada pasien dengan riwayat penyakit hepar, penurunan berat badan, atau rutin mengonsumsi alkohol. Risiko toksitas pada ginjal meningkat pada penggunaan jangka panjang terutama jika dikombinasikan dengan NSAID. Obat nonopioid yang cukup sering digunakan

selain parasetamol adalah golongan NSAID. Penggunaan jenis obat ini pada lansia harus disertai dengan pertimbangan yang matang karena dapat menimbulkan efek samping terhadap sistem gastrointestinal maupun Renal,(Davis MP, Srivastava M. Demographics,2003).

J. Pendekatan Non Farmakologi Dalam Mengatasi Rasa Nyeri

Pendekatan secara farmakologik lebih banyak digunakan dalam penatalaksanaan rasa nyeri, namun pendekatan non farmakologik merupakan pengobatan yang efektif untuk rasa nyeri yang ringan dan sedikit terjadi efek samping, serta lebih murah (Suharko,2006). Masase, relaksasi dan guide imagery, stimulasi saraf dengan listrik transkutan, penggunaan kompres panas dan dingin, sentuhan terapeutik, meditasi, hipnotis dan akupresur, TENS (Transcutaneus Electrical Nerve stimulation). Tehnik-tehnik ini pada umumnya aman, tersedia dengan mudah dan dapat dilakukan di rumah atau dalam lingkungan fasilitas perawatan akut (Mickey S dan Patricia GB, 2007). 1) Tehnik distraksi adalah tehnik yang dilakukan untuk mengalihkan perhatian klien dari nyeri seperti: melakukan hal yang sangat disukai, bernafas lembut dan berirama secara teratur, tubuh tertentu yang bertujuan untuk menciptakan keseimbangan yin dan yang, 2) terapy music adalah proses interpersonal untuk digunakan untuk mempengaruhi keadaan fisik, emosional, mental, estetik dan spiritual, untuk mendukung proses belajar dan membangun rasa percaya diri. 3)Masage atau pijatan merupakan manipulasi yang dilakukan pada jaringan lunak yang bertujuan untuk mengatasi masalah fisik, fungsional atau terkadang psikologi.Teknik massage yang dapat dilakukan antara lain: remasan, selang seling tangan,gesekan, eflurasi, petriasi, tekanan menyikat, 4) Guide Imaginary yaitu Upaya yang dilakukan untuk mengalihkan persepsi rasa nyeri dengan mendorong pasien mengkhayal dengan bimbingan.5) Relaksasi adalah keadaan dirinya klien membayangkan keadaan dirinya dalam keadaan damai dan tenang. 6) Akupuntur yaitu dengan jarum menusuknya ke titik – titik tehnik pengobatan cina untuk memblock Chi tubuh tertentu yang bertujuan untuk menciptakan keseimbangan yin dan yang. 7) Termal terapi yaitu terapi dengan memanasi bagian tubuh tertentu yang nyeri memanasi bagian tubuh yang nyeri, otot yang lelah akan membuka pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran oksigen dan menghilangkan iritasi kimia yang terjadi (Turk & Winter, 2005). Banyak penelitian membuktikan tentang keefektifan terapi non farmakologis, pada penelitian yang dilakukan Dina Dewi (2009) tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan persepsi nyeri menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan antara pemberian teknik relaksasi nafas dalam dengan uji analisis Wilcoxon Test menunjukkan nilai $p =0,005 < \alpha =$

0,05. Pada penelitian (Ani,2014) tentang adanya pengaruh terapi kompres hangat dalam menurunkan nyeri persendian osteoarthritis pada lanjut usia dengan analisis uji paired T Test menunjukkan $p = 0,000$ dan nilai rata-rata 2,83. Pada penelitian Theresia (2015), tentang efektifitas latihan lutut terhadap penurunan intensitas nyeri pasien osteoarthritis lutut menunjukkan efektif menurunkan nyeri lutut dengan nilai $p = 0,004$.

K. Kesimpulan

Nyeri merupakan fenomena umum dan sering kali tidak tertangani pada lansia tahun yang sering dikaitkan dengan cedera fisik dan trauma atau mungkin berasal dari berbagai kondisi penyakit. Nyeri persisten pada lansia yang lebih tua umumnya dikaitkan dengan depresi, kecemasan, gangguan berjalan, gangguan tidur, dan penurunan sosialisasi. Meningkatkan kesadaran akan hambatan perawatan, perubahan fisiologis terkait usia, dan penyakit serta pengobatan penyerta yang akan memengaruhi pemilihan obat sangat penting bagi profesional kesehatan yang merawat populasi lansia yang terus bertambah untuk memastikan manajemen nyeri yang aman dan efektif. Disamping itu Penanganan nyeri pada lansia dengan metode non farmakologik telah terbukti dapat membantu lansia dalam menurunkan nyeri dan efek samping yang ditimbulkan sangat kecil dan tidak mahal, sehingga penggunaan metode non farmakologik sangat disarankan dalam menurunkan nyeri pada lansia.

L. REFRENCE

- 2001;10(5):296–304.
- 2001;17(3):457–478.
- 270.
- Aging. 2003;20(1):23–57.
- Chakour MC, Gibson SJ, Bradbeer M, Helme RD. The effect of age on A-delta and C-fibre thermal pain
- Childs JD, Piva SR, Fritz JM. Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. Spine 2005;30:1331–4.
- Cruz-Almeida Y, Aguirre M, Sorenson HL, Tighe P, Wallet SM, Riley JL. Age differences in cytokine expression under conditions of health using experimental pain models. Experimental Gerontology. 2015;72:150–156.

- Curry CE Jr., Butler DM. Konstipasi. Dalam: Berardi RR, Kroon LA, McDermott JH, dkk., eds. *Handbook of Nonprescription Drugs: An Interactive Approach*
- Davis MP, Srivastava M. Demographics , assessment andmanagement of pain in the elderly. *Drugs*
- Gibson SJ, Farrell M. A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2004;20(4):220–239.
- Gibson SJ, Helme RD. Age-related differences in pain perception and report. *Clinical In Geriatric Medicine*. 2001;17(3):433–456.
- Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain inolder adults. *Clinics in Geriatric Medicine*.
- Jano E, Aparasu RR. Hasil perawatan kesehatan yang terkait dengan kriteria Beers: tinjauan sistematis. *Ann Pharmacother*. 2007;41:438-448
- Karp JF, Shega JW, Morone NE, Weiner DK. Advances in understanding the mechanisms and management of persistepainin older adults. *British Journal of Anaesthesia*. 2008;101(1):111–120.
- Larivie M, Goffaux P, Marchand S, Julien N. Changes in pain perception and descending inhibitory controls start at middle age in healthy adults. *The Clinical Journal of Pain*.2007;23(6):506–510.
- Marchand S. Pain and Age. Dalam: *The Phenomenon of Pain*.Seattle, USA: IASP Press; 2012. p. 237–
- Medical News Today. Diakses pada 2024. *Pain Scale Types: Benefits And Limitations*.
- Michener LA, Snyder AR, Leggin BG. Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with shoulder pain and the effect of surgical status. *Journal of sport rehabilitation*. 2011 Feb 1;20(1):115.
- Mitchell C. Assessment and management of chronic pain inelderly people. *British Journal of Nursing*.
- Panel AGS tentang Nyeri Berkepanjangan pada Warga Lanjut Usia. Manajemen nyeri berkelanjutan pada warga lanjut usia. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:S205-S224
- perception. *Pain*.1996;64(1):143–152.
- Prowse M. Nyeri pascaoperasi pada warga lanjut usia: tinjauan pustaka. *J Clin Nurs*. 2006;16:84-97

Very Well Health. Diakses pada 2024. 10 Common Types of Pain Scales.

Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Abu-saad HH, Berger MPF. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatrics. 2006;6



PROFIL PENULIS



Ns. Arneliwati, M.Kep. Lahir di Pekanbaru, 15 Februari 1979. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII Akademi Keperawatan (AKPER) (2000), S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Universitas Andalas - Padang (2003) Program Studi Profesi Ners Universitas Andalas - Padang (2004). Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia – Jakarta, Keperawatan Komunitas dan lulus tahun pada tahun 2012. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2004 sebagai Dosen DIII Akademi Perawat (AKPER) Universitas Abdurrah Tabrani. Saat ini penulis bekerja di Universitas Riau mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga, Gerontik dan Kebencanaan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan aktif dalam berbagai organisasi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: arneliwati20@gmail.com

Motto: "*Success is not the key to happiness. Happiness is the key to success. If you love what you are doing, you will be successful.*"



Lexy Oktora Wilda, S.Kep., Ns., M.Kep. Lahir di Ponorogo, 14 Oktober 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 Keperawatan Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKes Surya Mitra Husada Kediri tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan Prodi Magister Keperawatan pada Universitas Diponegoro dan lulus pada tahun 2013. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2005 sampai dengan sekarang. Saat ini penulis bekerja di STIKes Satria Bhakti Nganjuk mengampu mata kuliah Keperawatan Gerontik dan Manajemen Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: gunadha14@gmail.com

PROFIL PENULIS



Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep, Sp.Kep.Kom Lahir di Pekanbaru, 23 April 1988. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan, Universitas Riau tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011 Dosen Pengajar di Universitas Hang Tuah Pekanbaru hingga saat ini, penulis bekerja di Universitas Hang Tuah Pekanbaru mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga dan Keperawatan Gerontik. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tri darma perguruan tinggi yaitu pada pengabdian masyarakat sebagai tim pemantapan kader Posyandu dan Puskesmas di Wilayah Kota Pekanbaru. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: abdurrahmanhamid@htp.ac.id



Ns. Hyan Oktodia Basuki, M.Kep Lahir di Tuban, 08 Oktober 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, STIKES NU Tuban tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Airlangga Surabaya dan lulus pada tahun 2018. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2015 sebagai asisten dosen. Saat ini penulis bekerja di Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama Tuban, sebagai dosen yang mengampu mata kuliah keperawatan gerontik, komunitas, keluarga, dan komunikasi dalam keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi karya ilmiah, pembicara seminar, dan juga aktif di Organisasi profesi Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGERI) menjadi koordinator wilayah 2 Provinsi Jawa Timur. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: hyan.oktobaz@gmail.com

Motto: "Hidup adalah sebuah pilihan, maka dari itu lakukan yang terbaik untuk hidup kita"



PROFIL PENULIS



Binarti Dwi Wahyuningsih, S.Kep., Ns, M.Kes. Lahir di Gresik 01 Juni 1976, jenjang Pendidikan tinggi yang ditempuh Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2004, Magister Kesehatan Promosi Kesehatan Keluarga Di Universitas Negeri Surakarta tahun 2014. Pekerjaan aktif sebagai Dosen mulai tahun 2004 sampai sekarang di Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto. Penulis aktif pada kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi, baik Workshop, Pengabdian Masyarakat, Penulis Buku, Publikasi pada Jurnal. Penulis dapat dihubungi melalui Email: binarti.dwiwahuni@gmail.com.

Motto:

"If you dont go after what you want, youll never have it. And if you dont ask, the answer is always no. Also if you dont step forward, youre always in the same place."

Sinopsis

Buku Bunga Rampai **Perawatan Lansia Yang Holistik Dan Terintegrasi** adalah buku yang membahas pendekatan menyeluruh dalam merawat lansia dengan mempertimbangkan semua aspek kehidupan mereka fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Buku ini mengajak pembaca untuk melihat perawatan lansia tidak hanya dari sudut pandang medis, tetapi sebagai suatu kesatuan yang memerlukan perhatian dan intervensi pada berbagai dimensi kehidupan yang saling terkait.

Menghadirkan konsep perawatan holistik, buku ini menekankan pentingnya memahami setiap individu lansia sebagai sosok yang unik, dengan kebutuhan dan tantangan yang berbeda-beda. Dengan pendekatan yang lebih personal, perawatan tidak hanya fokus pada penyembuhan penyakit, tetapi juga memberikan dukungan terhadap kesejahteraan mental dan emosional mereka, serta menjaga hubungan sosial yang sehat.

Selain itu, buku ini membahas pentingnya perawatan terintegrasi, yaitu koordinasi yang efektif antara berbagai pihak yang terlibat dalam perawatan lansia, seperti tenaga medis, keluarga, pekerja sosial, serta masyarakat. Melalui pendekatan ini, perawatan lansia menjadi lebih komprehensif dan sinergis, memungkinkan para lansia mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan secara lebih optimal.

Dilengkapi dengan studi kasus, pengalaman praktis, dan panduan aplikatif, buku ini memberikan wawasan yang sangat berguna bagi tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat dalam merancang perawatan lansia yang tidak hanya memenuhi kebutuhan fisik, tetapi juga memberikan perhatian penuh terhadap kualitas hidup lansia. Dengan harapan dapat menciptakan lingkungan yang lebih ramah dan penuh kasih bagi para lansia, buku ini adalah sumber inspirasi untuk membawa perawatan lansia ke tingkat yang lebih manusiawi dan bermartabat.



ISBN 978-634-7139-37-5



9 786347 139375

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

Buku Bunga Rampai Perawatan Lansia Yang Holistik Dan Terintegrasi adalah buku yang membahas pendekatan menyeluruh dalam merawat lansia dengan mempertimbangkan semua aspek kehidupan mereka fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Buku ini mengajak pembaca untuk melihat perawatan lansia tidak hanya dari sudut pandang medis, tetapi sebagai suatu kesatuan yang memerlukan perhatian dan intervensi pada berbagai dimensi kehidupan yang saling terkait. Menghadirkan konsep perawatan holistik, buku ini menekankan pentingnya memahami setiap individu lansia sebagai sosok yang unik, dengan kebutuhan dan tantangan yang berbeda-beda. Dengan pendekatan yang lebih personal, perawatan tidak hanya fokus pada penyembuhan penyakit, tetapi juga memberikan dukungan terhadap kesejahteraan mental dan emosional mereka, serta menjaga hubungan sosial yang sehat.

Selain itu, buku ini membahas pentingnya perawatan terintegrasi, yaitu koordinasi yang efektif antara berbagai pihak yang terlibat dalam perawatan lansia, seperti tenaga medis, keluarga, pekerja sosial, serta masyarakat. Melalui pendekatan ini, perawatan lansia menjadi lebih komprehensif dan sinergis, memungkinkan para lansia mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan secara lebih optimal.

Dilengkapi dengan studi kasus, pengalaman praktis, dan panduan aplikatif, buku ini memberikan wawasan yang sangat berguna bagi tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat dalam merancang perawatan lansia yang tidak hanya memenuhi kebutuhan fisik, tetapi juga memberikan perhatian penuh terhadap kualitas hidup lansia. Dengan harapan dapat menciptakan lingkungan yang lebih ramah dan penuh kasih bagi para lansia, buku ini adalah sumber inspirasi untuk membawa perawatan lansia ke tingkat yang lebih manusiawi dan bermartabat.