

Buku Pegangan

Panduan penilaian dan alur layanan
berbasis individu di layanan kesehatan primer



World Health
Organization

Buku Pegangan

Panduan penilaian dan alur layanan
berbasis individu di layanan kesehatan primer



World Health
Organization

Asuhan Terpadu untuk Lansia (Integrated care for older people - ICOPE): Panduan penilaian dan alur layanan berbasis individu di layanan kesehatan primer

WHO/FWC/ALC/19.1

© World Health Organization 2019

Beberapa hak cipta terlindungi. Karya ini tersedia di dalam the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

Di dalam ketentuan lisensi, Anda dapat menyalin, mendistribusikan kembali dan mengadaptasi karya untuk kepentingan non komersial, dengan ketentuan dikutip dengan tepat, seperti ketentuan di bawah ini. Dalam penggunaan apa pun dari karya ini, tidak diperbolehkan adanya pengarahannya bahwa WHO mendukung suatu organisasi, produk maupun layanan tertentu. Penggunaan logo WHO tidak diperbolehkan. Jika Anda mengadaptasi karya ini, maka Anda harus melisensi karya tersebut di dalam lisensi Creative Commons yang sama atau setara. Jika Anda membuat terjemahan dari karya ini, Anda harus menambahkan penafian berikut bersama dengan kutipan yang disarankan: "Kutipan ini tidak dibuat oleh World Health Organization (WHO). WHO tidak bertanggung-jawab atas isi maupun keakuratan translasi. Edisi Bahasa Inggris asli harus menjadi edisi yang mengikat dan otentik."

Segala mediasi sehubungan dengan perselisihan yang mungkin timbul terkait lisensi harus dilaksanakan sesuai dengan peraturan mediasi Organisasi Kekayaan Intelektual Dunia.

Kutipan yang disarankan. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centered assessment and pathways in primary care. Jenewa: World Health Organization; 2017. Lisensi: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Data Katalog dalam Terbitan (KDT). Data KDT tersedia di <http://apps.who.int/iris>.

Penjualan, hak dan lisensi. Untuk membeli publikasi WHO, lihat <http://apps.who.int/bookorders>. Untuk mengirim permintaan penggunaan komersial dan pertanyaan tentang hak dan lisensi, lihat <http://www.who.int/about/licensing>

Materi Pihak Ketiga. Jika Anda bermaksud menggunakan kembali materi dalam karya ini untuk kepentingan pihak ketiga, seperti tabel, angka maupun gambar, adalah tanggung jawab Anda untuk menentukan kebutuhan pengajuan permohonan dan izin dari pemilik hak cipta dibutuhkan dalam penggunaan kembali materi tersebut. Risiko akibat melakukan klaim yang mengakibatkan kesalahan dalam komponen karya pihak ketiga menjadi tanggung jawab pengguna.

Penafian umum. Penunjukan yang digunakan dan penyajian materi dalam publikasi ini tidak menyiratkan opini WHO dalam bentuk apapun mengenai status hukum suatu negara, wilayah, kota atau area manapun, tidak juga atas otoritasnya, maupun tentang penetapan perbatasan atau garis batasnya. Garis putus-putus dan putus-putus dalam peta merupakan gambaran perkiraan garis batas yang belum ada kesepakatan penuh.

Penyebutan perusahaan secara khusus atau produk pabrikan tertentu tidak menyiratkan bahwa mereka disahkan dan direkomendasi oleh WHO dalam preferensi dengan hal lainnya yang sejenis namun tidak disebutkan. Kesalahan dan kelalaian dikecualikan, nama-nama produk paten dibedakan dengan huruf awal kapital.

Semua tindakan pencegahan yang sewajarnya telah dilakukan oleh WHO untuk menguji informasi yang terdapat dalam publikasi ini. Namun, materi yang diterbitkan sedang disebarkan tanpa jaminan dalam bentuk apa pun, baik tersurat maupun tersirat. Tanggung jawab atas interpretasi dan penggunaan materi berpulang pada pembaca. Dalam keadaan apa pun, WHO tidak bertanggung-jawab atas kerusakan yang timbul dari penggunaannya.

Desain dan tata letak oleh Erica Lefstad.

Dicetak di Swiss

DAFTAR ISI

Ucapan Terima Kasih	iv
Singkatan	v
1. Asuhan Terpadu untuk Lansia (Integrated care for older people - ICOPE)	1
2. Mengoptimalkan kapasitas dan kemampuan: menuju kelanjutusiaan sehat bagi semua	5
3. Penilaian kebutuhan lansia dan Mengembangkan rencana layanan berbasis individu	9
4. Alur perawatan untuk mengatasi PENURUNAN KOGNITIF	19
5. Alur perawatan untuk memperbaiki MOBILITAS	25
6. Alur perawatan untuk mengatasi MALNUTRISI	33
7. Alur perawatan untuk mengatasi GANGGUAN PENGLIHATAN	41
8. Alur perawatan untuk mengatasi GANGGUAN PENDENGARAN	51
9. Alur perawatan untuk mengatasi GANGGUAN DEPRESI	59
10. Alur perawatan untuk LAYANAN DAN DUKUNGAN SOSIAL	67
11. Alur perawatan untuk DUKUNGAN PADA PENDAMPING LANSIA (CAREGIVER)	75
12. Mengembangkan rencana perawatan berbasis individu	78
13. Bagaimana sistem layanan kesehatan dan Perawatan Jangka Panjang/PJP dapat mendukung implementasi pendekatan ICOPE	81
Referensi	86

UCAPAN TERIMA KASIH

Buku pegangan ini mengacu pada karya banyak orang di seluruh dunia yang didedikasikan untuk perawatan dan dukungan pada lansia. Islene Araujo de Carvalho dan Yuka Sumi di Departemen Kelanjutan dan Siklus Hidup Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memimpin persiapan buku pegangan ini. Grup inti yang bertanggung jawab dalam penulisan buku pegangan dan pengembangan alur termasuk Islene Araujo de Carvalho, John Beard, Yuka Sumi, Andrew Briggs (Curtin University, Australia) dan Finbarr Martin (King's College London, Inggris). Sarah Johnson dan Ward Rinehart dari Jura Editorial Services yang bertanggung jawab dalam penulisan teks terakhir.

Banyak staf WHO lainnya dari kantor regional dan berbagai departemen yang berkontribusi baik pada bagian tertentu yang relevan dengan bidang pekerjaan mereka dan pada pengembangan alur perawatan: Shelly Chadha (Departemen Manajemen untuk Penyakit Tidak Menular, Disabilitas, Kekerasan dan Pencegahan Cedera WHO), Neerja Chowdhary (Departemen Kesehatan Mental dan Penyalahgunaan Zat WHO), Tarun Dua (Departemen Kesehatan Mental dan Penyalahgunaan Zat WHO), Maria De Las Nieves Garcia Casal (Departemen Gizi untuk Kesehatan dan Pembangunan WHO), Zee A Han (Departemen Manajemen untuk Penyakit Tidak Menular, Kecacatan, Pencegahan Kekerasan dan Cedera WHO), Dena Javadi (Departemen Aliansi untuk Kebijakan Kesehatan dan Sistem Penelitian WHO), Silvio Paolo Mariotti (Departemen Manajemen untuk Penyakit Tidak Menular, Disabilitas, Kekerasan dan Pencegahan Cedera WHO), Alarcos Cieza (Departemen Manajemen untuk Penyakit Tidak Menular,

Kecacatan, Pencegahan Kekerasan dan Cedera WHO), Alana Margaret Officer (Departemen Kelanjutan dan Siklus Hidup WHO), Juan Pablo Peña-Rosas (Departemen Gizi untuk Kesehatan dan Pembangunan WHO), Taiwo Adedamola Oyelade (Unit Kesehatan Keluarga dan Reproduksi, WHO Kantor Regional untuk Afrika), Ramez Mahaini (Kesehatan Reproduksi dan Maternal, Kantor Regional WHO untuk Mediterania Timur), Karen Reyes Castro (Departemen Manajemen WHO untuk Penyakit Tidak Menular, Cacat, Pencegahan Kekerasan dan Cedera), Enrique Vega Garcia (Siklus Hidup Sehat, Organisasi Kesehatan Pan Amerika / WHO).

Buku pegangan ini mendapat manfaat dari masukan yang banyak dari sejumlah pakar dan akademisi yang juga berkontribusi pada penulisan bab-bab tertentu: Matteo Cesari (Fondazione IRCCS Ca Gr Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Italia), Jill Keeffe (Pusat Kolaborasi WHO untuk Pencegahan Kebutaan, India), Elsa Dent (Universitas Queensland, Australia), Naoki Kondo (Universitas Tokyo, Jepang), Arunee Laiteerapong (Chulalongkorn) Universitas, Thailand), Mikel Izquierdo (Universidad Pública de Navarra, Spanyol), Peter Lloyd-Sherlock (Universitas East Anglia, Inggris), Luis Miguel Gutierrez Robledo (Institutos Nacionales de Salud de México, Meksiko), Catherine McMahon (Universitas Macquarie, Australia), Serah Ndegwa (Universitas Nairobi, Kenya), Hiroshi Ogawa (Universitas Niigata, Jepang), Hélène Payette (Université de Sherbrooke, Kanada), Ian Philp (Universitas Stirling, Inggris), Leocadio Rodriguez-Mañas (Rumah Sakit Universitas Getafe, Spanyol), John Starr (Universitas Edinburgh,

Inggris), Kelly Tremblay (Universitas Washington, Amerika Serikat), Michael Valenzuela (Universitas Sydney, Australia), Bruno Vellas (Pusat Kolaborasi WHO untuk Kerentanan (Frailty), Penelitian Klinis dan Pelatihan Geriatrik, Gérontopôle, Universitas Toulouse, Toulouse Rumah Sakit, Prancis), Marjolein Visser (Vrije Universiteit Amsterdam, Belanda), Kristina Zdanys (Universitas Connecticut, Amerika Serikat), dan Pusat Kolaborasi WHO untuk Kerentanan (Frailty), Penelitian Klinis dan Pelatihan Geriatrik (Gérontopôle, Rumah Sakit Universitas Toulouse, Prancis) dan untuk Aspek Kesehatan Masyarakat dari Kesehatan Muskuloskeletal dan Kelanjutan (University of Liège, Belgia).

Dewan Riset Kesehatan dan Medis Nasional Australia, Aliansi Global untuk Kesehatan Muskuloskeletal dan Universitas Chulalongkorn, Thailand, mendukung mengembangkan panduan ini dengan menyediakan staf untuk mengembangkan kontennya dan dengan mengatur pertemuan para ahli.

Kami juga mendapat manfaat dari masukan para peserta pada pertemuan tahunan WHO Konsorsium Klinis Kelanjutan Sehat, Desember 2018.

Departemen Kelanjutan dan Siklus Hidup WHO mengakui dukungan keuangan dari Pemerintah Jepang, Pemerintah Jerman dan Pemerintah Prefektur Kanagawa di Jepang.

Editing oleh Green Ink.

SINGKATAN

ADLs	aktivitas kehidupan sehari-hari
BMI	indeks massa tubuh
CBT	cognitive behavioural therapy (terapi kognisi perilaku)
ICOPE	integrated care for older people (asuhan terpadu untuk lansia)
MNA	mini nutritional assessment
OSN	tambahan nutrisi oral
PTA	pure tone audiometry (audiometri nada murni)
SPPB	short physical performance battery
WHO	World Health Organization (organisasi kesehatan dunia)
★	Menunjukkan bahwa keahlian dan pengetahuan khusus dibutuhkan untuk memberikan perawatan



I C O P E

1

ASUHAN TERPADU UNTUK LANSIA (ICOPE)

POIN PENTING

- ✓ Sistem layanan kesehatan, merupakan kunci penting dalam mendukung kelanjutusiaan sehat bagi semua adalah dengan mengoptimalkan kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional seseorang, meskipun kapasitas menurun seiring usia
- ✓ Ketergantungan dapat dicegah jika kondisi-kondisi utama yang berhubungan dengan penurunan kapasitas intrinsik terdiagnosis dan diatasi dengan segera
- ✓ Tenaga kesehatan dan tenaga sosial pada tingkat layanan primer di masyarakat dapat mengidentifikasi lansia yang menderita kehilangan kapasitas dan menyediakan perawatan yang cocok untuk mengembalikan atau menghambat kehilangan kapasitas dengan mengikuti panduan ini. Ini merupakan pendekatan yang sangat sederhana dan berbiaya ringan.
- ✓ Kondisi-kondisi yang berhubungan dengan penurunan kapasitas intrinsik saling berhubungan dan sangat membutuhkan pendekatan yang terpadu dan berbasis individu dalam penilaian dan pengelolaannya.

Laporan Dunia 2015 tentang penuaan dan kesehatan mendefinisikan tujuan kelanjutusiaan sehat yang membantu manusia untuk mengembangkan dan mempertahankan kemampuan fungsional yang memungkinkan kesejahteraannya. Kemampuan fungsional didefinisikan sebagai "atribut yang berhubungan dengan kesehatan yang memudahkan manusia menjadi dan untuk melakukan hal-hal yang berharga bagi mereka". Kemampuan fungsional terdiri dari kapasitas intrinsik individu, lingkungan individu dan interaksi sesamanya. Kapasitas intrinsik adalah "gabungan dari semua kapasitas fisik dan mental yang dapat dihasilkan individu" (1).

Konsep kelanjutusiaan sehat ini menjadi fokus baru untuk layanan kesehatan pada lansia - fokus pada pengoptimalan kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional seseorang seiring bertambahnya usia.

Pada Oktober 2017, Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/ WHO) menerbitkan Asuhan Terpadu untuk Lansia: Pedoman mengatasi penurunan kapasitas intrinsik tingkat masyarakat (*Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*)(2). Pedoman ini menetapkan 13 rekomendasi berdasarkan bukti untuk tenaga dan layanan kesehatan untuk membantu mengembangkan dan melaksanakan asuhan terpadu yang berpusat pada individu lansia (ICOPE) di tingkat masyarakat. Pendekatan ICOPE meliputi fokus pada mengoptimalkan kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional sebagai kunci kelanjutusiaan sehat. Rekomendasi ini dapat berfungsi sebagai dasar untuk pedoman nasional. Rekomendasi-rekomendasi tersebut dapat digunakan untuk mendukung inklusi, dalam paket program layanan primer dan layanan esensial untuk cakupan kesehatan universal, layanan untuk mencegah ketergantungan perawatan.

Panduan dalam buku pegangan ini akan membantu tenaga kesehatan dan layanan di tingkat masyarakat untuk menerapkan rekomendasi ICOPE dalam praktik. Buku ini menawarkan alur layanan untuk mengatasi kondisi kesehatan utama yang terkait dengan penurunan kapasitas intrinsik - kehilangan mobilitas, malnutrisi, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, penurunan kognitif, gejala depresi. Alur ini dimulai dengan tes skrining untuk mengidentifikasi para lansia yang paling memungkinkan telah mengalami beberapa gangguan kapasitas intrinsik. Tenaga kesehatan dan sosial dapat dengan mudah melakukan pemeriksaan ini di masyarakat. Ini adalah pintu menuju penilaian yang lebih mendalam tentang kebutuhan layanan kesehatan dan sosial bagi lansia. Penilaian ini, pada gilirannya, mengarah ke rencana layanan berbasis individu yang mengintegrasikan strategi untuk memulihkan, memperlambat atau mencegah penurunan kapasitas lebih lanjut, mengobati penyakit dan memenuhi kebutuhan sosial. Penilaian yang berpusat pada individu dan pengembangan rencana layanan biasanya membutuhkan ahli kesehatan terlatih di lingkungan pelayanan kesehatan primer, seperti dokter layanan primer dan perawat. Namun, penurunan kapasitas intrinsik sering dapat diatasi di komunitas tempat lansia dan pendamping lansia (*caregiver*) tinggal, dengan dukungan tim multi-disiplin.

MENGAPA KITA MEMBUTUHKAN ASUHAN TERPADU UNTUK LANSIA (ICOPE)?

Populasi lansia di negara berkembang menjadi bagian yang lebih besar daripada sebelumnya. Pada tahun 2017, diperkirakan 962 juta orang berusia 60 tahun ke atas di dunia, meliputi 13% dari populasi global (3). Persentase ini akan meningkat secara pesat pada dekade mendatang, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Pada 2050, satu dari lima populasi akan mencapai usia 60 tahun atau lebih. Kecenderungan ini dimulai sekitar 50 tahun yang lalu. Hal ini mencerminkan dampak gabungan dari tingkat kesuburan yang turun dengan cepat dan harapan hidup yang meningkat pesat di sebagian besar dunia, biasanya seiring dengan perkembangan sosial-ekonomi.

Menjaga kesehatan lansia merupakan investasi pada modal manusia dan sosial dan mendukung tujuan pembangunan berkelanjutan PBB (SDGs) (4). Pada saat yang sama, merawat populasi lansia semakin berkembang menciptakan tantangan bagi sistem kesehatan. Sumber daya layanan kesehatan perlu untuk diseimbangkan kembali antar lintas kelompok umur. Perubahan mendasar pada pendekatan kesehatan masyarakat terhadap penuaan sangat diperlukan.

Pendekatan konvensional untuk perawatan kesehatan lansia berfokus pada kondisi-kondisi medis, meletakkan diagnosis dan pengelolaan sebagai pusatnya. Mengatasi penyakit tetap penting, tetapi terlalu terfokus padanya cenderung mengabaikan masalah kesulitan dalam

mendengar, melihat, mengingat, bergerak dan kehilangan kapasitas intrinsik umum lainnya yang muncul seiring penuaan. Kesejahteraan dalam kehidupan lansia akan bermanfaat dan dapat dicapai melalui identifikasi dan pengelolaan masalah-masalah tersebut. Perhatian seluruh sistem layanan kesehatan pada kapasitas intrinsik lansia akan memberi kontribusi secara luas pada kesejahteraan bagian populasi yang besar dan terus berkembang ini.

Sebagian besar tenaga kesehatan profesional tidak memiliki panduan dan pelatihan untuk mengenali dan mengatasi penurunan kapasitas intrinsik secara efektif. Untuk populasi lansia, ada kebutuhan mendesak untuk mengembangkan pendekatan komprehensif berbasis komunitas yang mencakup intervensi untuk mencegah penurunan pada kapasitas intrinsik, membantu perkembangan kelanjutusiaan sehat dan mendukung pendamping lansia (*caregiver*). Pendekatan ICOPE WHO mengatasi kebutuhan ini.

UNTUK SIAPA PEDOMAN INI?

Sasaran utama yang dituju buku pegangan ini adalah tenaga layanan kesehatan dan sosial di tingkat masyarakat dan fasilitas layanan primer. Pedoman ini juga memberi informasi kepada para tenaga kesehatan, yang spesialisasinya dibutuhkan, untuk menilai dan merencanakan layanan untuk lansia yang kehilangan kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional

Selain itu, para profesional yang bertanggung jawab untuk mengembangkan pelatihan di bidang kedokteran, keperawatan dan kesehatan terkait dan bidang kesehatan masyarakat; dapat menggunakan konsep dan pendekatan praktis yang dijelaskan di sini. Sasaran lain termasuk manajer layanan kesehatan dan pembuat kebijakan, seperti manajer program nasional, regional dan kabupaten yang bertanggung jawab atas perencanaan dan pengorganisasian layanan kesehatan, serta lembaga yang mendanai dan/atau melaksanakan program kesehatan masyarakat, dan lembaga non-pemerintah. dan badan amal yang melayani lansia di lingkungan masyarakat.

PRINSIP-PRINSIP PANDUAN

Prinsip-prinsip berikut mendukung buku panduan ini:

- ✓ Lansia memiliki hak atas kesehatan terbaik
- ✓ Lansia harus mendapatkan kesempatan yang sama dalam mengakses faktor-faktor penentu kelanjutusiaan sehat, terlepas dari status sosial dan ekonomi, tempat lahir atau tinggal atau faktor-faktor sosial lainnya.
- ✓ Layanan harus disediakan secara adil, tanpa diskriminasi, khususnya tanpa diskriminasi gender maupun usia.

APAKAH YANG DITAWARKAN PANDUAN INI?

Panduan ini bertujuan untuk mendukung para tenaga layanan kesehatan dan sosial di masyarakat untuk mendeteksi dan mengatasi penurunan kapasitas intrinsik, berdasarkan Pedoman ICOPE WHO (2), dan untuk mengatasi kebutuhan layanan kesehatan dan sosial bagi lansia secara komprehensif.

Panduan ini menjelaskan cara:

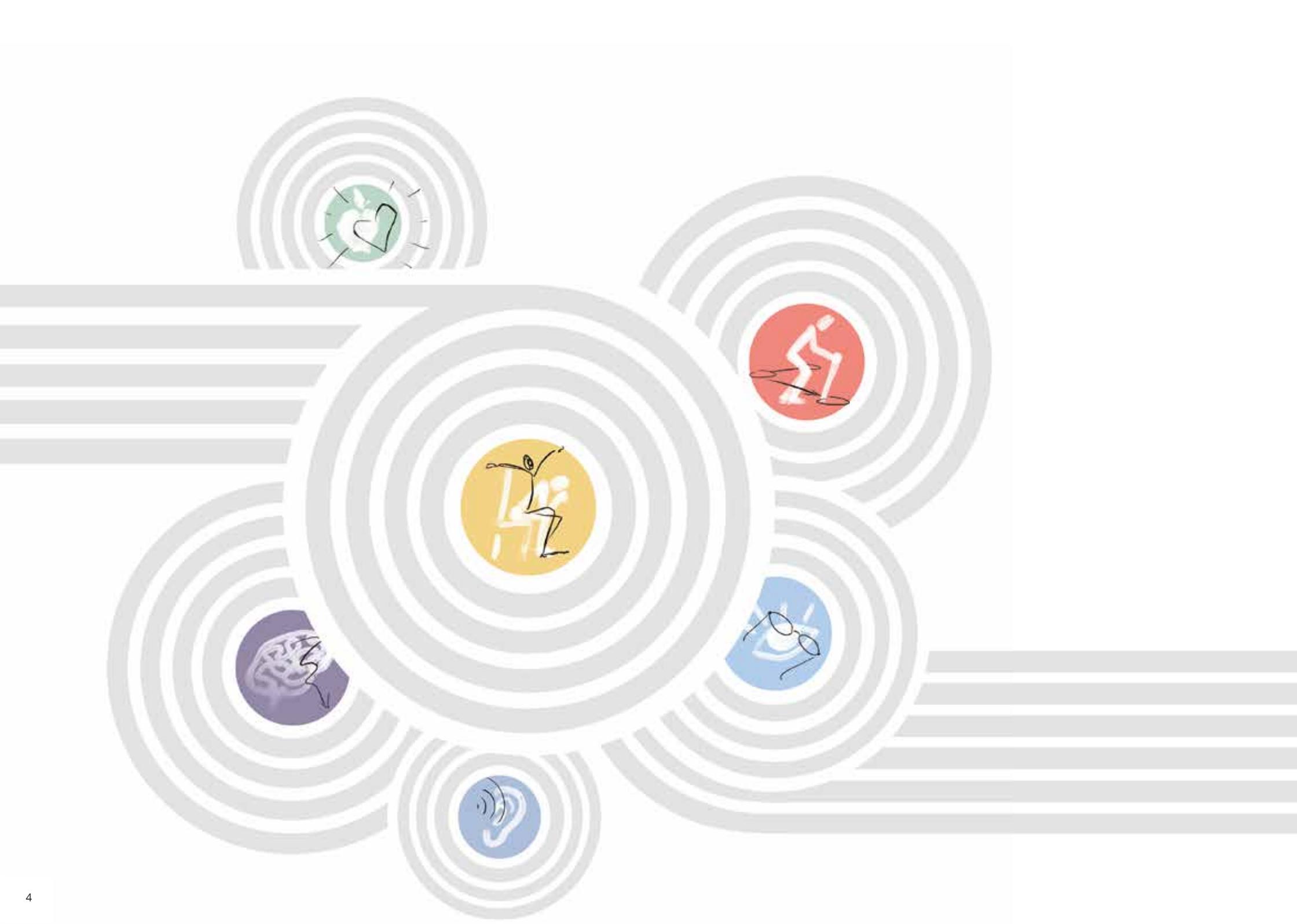
- Menetapkan tujuan yang terpusat pada individu lansia (**Bab 2**);
- Mendukung pengelolaan diri (**Bab 2**);
- Mengembangkan rencana layanan yang mencakup banyak intervensi dalam pengelolaan kondisi-kondisi yang berhubungan dengan kehilangan kapasitas intrinsik (**Bab 3**);
- Menyaring hilangnya kapasitas intrinsik dan menilai kebutuhan layanan kesehatan dan sosial. (**Bab 4-10**);
- Mendukung para pendamping lansia (*caregiver*) (**Bab 11**); dan
- Mengembangkan rencana layanan berbasis individu (**Bab 12**).

PENDEKATAN ICOPE DALAM KONTEKS

Cakupan Kesehatan Universal (*Universal Health Coverage/ UHC*) merupakan pondasi untuk mencapai tujuan kesehatan SDGs (4). Untuk mencapai SDG3, kebutuhan layanan kesehatan dan sosial lansia harus diatasi secara terpadu dan dengan perawatan berkelanjutan jangka panjang. Strategi Global dan Rencana Aksi Kelanjutusiaan dan Kesehatan WHO (*Strategy and action plan on ageing and health WHO*) (5) menguraikan peranan sistem kesehatan dalam menggalakkan kelanjutusiaan sehat dengan mengoptimalkan kapasitas intrinsik. Rekomendasi-rekomendasi ICOPE (2) dan panduan ini berkontribusi untuk mencapai tujuan-tujuan dari strategi tersebut.

Panduan ini juga menjadi alat untuk mengimplementasikan kerangka kerja WHO terhadap layanan kesehatan terpadu, berpusat pada individu (6). Kerangka kerja tersebut menyerukan perubahan cara penanganan dan pemberian layanan kesehatan, ke arah pendekatan terpadu, terpusat pada individu. Dalam konteks kerangka kerja tersebut, ICOPE menawarkan layanan bagi lansia berdasarkan:

- Hasil penilaian kebutuhan individu lansia, pilihan dan sasaran yang ditetapkan;
- Penyusunan rencana layanan yang terpusat pada individu;
- Pelayanan yang terkoordinasi, yang memiliki satu tujuan bersama untuk meningkatkan kapasitas intrinsik dan kapasitas fungsional dan diselenggarakan semaksimal mungkin oleh layanan kesehatan di tingkat primer dan masyarakat.



2

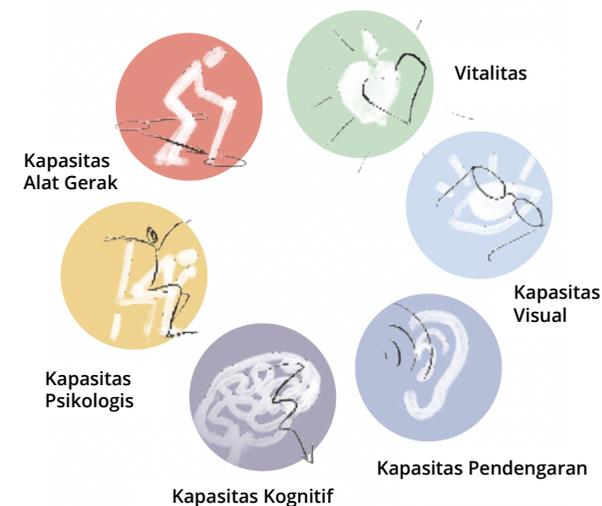
MENGOPTIMALKAN KAPASITAS DAN KEMAMPUAN MENUJU KELANJUTUSIAAN SEHAT UNTUK SEMUA

Laporan Dunia WHO tentang kelanjutusiaan dan kesehatan mendefinisikan kelanjutusiaan sehat sebagai pengembangan dan pemeliharaan kemampuan fungsional yang menumbuhkan kesejahteraan (1).

Panduan ini mendukung kelanjutusiaan sehat dengan mengatasi kondisi utama berikut yang terkait dengan penurunan kapasitas intrinsik di seluruh area (Gambar 1), kebutuhan perawatan sosial lansia, dan dukungan pada pengasuh.

- **Penurunan kognitif** (Bab 4)
- **Mobilitas terbatas** (Bab 5)
- **Malnutrisi** (Bab 6)
- **Gangguan penglihatan** (Bab 7)
- **Gangguan pendengaran** (Bab 8)
- **Gejala depresi** (Bab 9)
- **Layanan dan dukungan sosial** (Bab 10)
- **Dukungan pada pendamping lansia (caregiver)** (Bab 11)

GAMBAR 1
AREA UTAMA KAPASITAS INTRINSIK



BAGAIMANA KAPASITAS INTRINSIK BERUBAH SELAMA PERJALANAN HIDUP?

Gambar 2 menunjukkan pola khas kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional di kehidupan dewasa. Kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional menurun seiring bertambahnya usia sebagai bagian dari proses penuaan demikian juga penyakit yang mendasarinya. Pola khas ini dapat dibagi menjadi tiga periode umum: periode kapasitas yang relatif tinggi dan stabil, periode kapasitas menurun dan periode hilangnya kapasitas yang signifikan, ditandai dengan ketergantungan pada perawatan.

Ada berbagai macam kapasitas intrinsik seputar pola umumnya. Perbedaan ini menjadi bukti inter maupun antara negara. Mereka ini tercermin dalam perbedaan tetap dalam harapan hidup, yang berkisar antara 82 tahun atau lebih di negara-negara seperti Australia, Jepang dan Swiss, hingga kurang dari 55 tahun di negara-negara seperti Republik Afrika Tengah, Chad dan Somalia.

Variasi dalam kapasitas intrinsik jauh lebih besar di antara lansia dibanding dengan kelompok yang lebih muda. Keragaman seperti ini menjadi salah satu ciri khas penuaan. Satu individu mungkin berbeda usia 10 tahun atau lebih dibandingkan dengan orang lain tetapi memiliki kapasitas intrinsik dan/atau kemampuan fungsional yang sama. Inilah sebabnya mengapa usia kronologis merupakan penanda status kesehatan yang buruk.

INTERVENSI UNTUK MENGOPTIMALKAN KAPASITAS INTRINSIK

Identifikasi kondisi yang terkait dengan kehilangan kapasitas intrinsik memberikan peluang untuk melakukan intervensi untuk memperlambat, menghentikan atau membalikkan penurunan (**Gambar 2**). Tenaga kesehatan pada layanan kesehatan klinis dan di masyarakat dapat mendeteksi penyebab yang terkait dengan penurunan kapasitas intrinsik. Penilaian berulang dari waktu ke waktu memungkinkan untuk memantau setiap perubahan yang lebih besar dari yang diharapkan sehingga intervensi spesifik dapat ditawarkan sebelum kemampuan fungsional hilang.

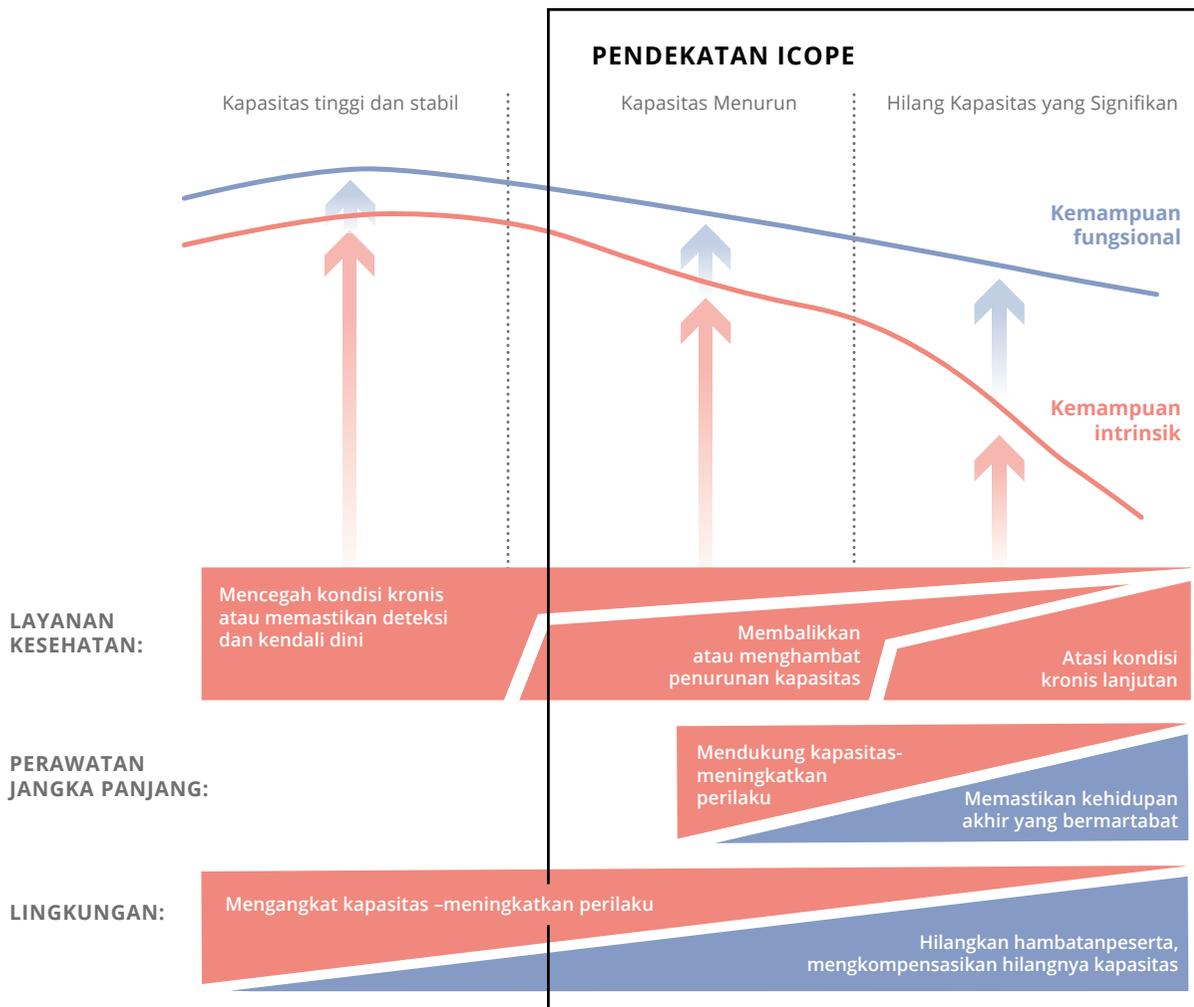
Dengan cara ini intervensi diberikan di layanan kesehatan masyarakat dapat mencegah seseorang menjadi lemah atau tergantung pada perawatan. Intervensi multidisiplin tampaknya lebih efektif.



KAPASITAS INTRINSIK DAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL

WHO mendefinisikan kapasitas intrinsik sebagai kombinasi dari kapasitas fisik dan mental individu, termasuk psikologis. Kemampuan fungsional adalah kombinasi dan interaksi dari kapasitas intrinsik dengan lingkungan yang dihuni seseorang.

GAMBAR 2. KERANGKA KERJA KESEHATAN UMUM UNTUK KELANJUTUSIAAN SEHAT: PELUANG UNTUK TINDAKAN KESEHATAN UMUM DI SELURUH PERJALANAN HIDUP



Sumber: World Health Organization, 2015 (1).

Banyak karakteristik yang menentukan kapasitas intrinsik dapat dimodifikasi. Ini termasuk perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan adanya penyakit. Dengan demikian ada alasan kuat untuk memperkenalkan intervensi yang efektif untuk mengoptimalkan kapasitas intrinsik. Dasar pemikiran ini mendukung pendekatan ICOPER dan panduan ini.

Perbedaan kondisi kesehatan terkait dengan hilangnya kapasitas intrinsik saling mempengaruhi di beberapa tingkatan. Kehilangan pendengaran, misalnya, dikaitkan dengan penurunan kognitif. Nutrisi meningkatkan dampak latihan dan memiliki dampak langsung pada peningkatan massa dan kekuatan otot. Interaksi ini menjadikan pendekatan terpadu diperlukan dalam pengujian, penilaian dan pengelolaan atas penurunan kapasitas intrinsik.



3

MENILAI KEBUTUHAN LANSIA DAN MENGEMBANGKAN RENCANA LAYANAN BERBASIS INDIVIDU

POIN PENTING

- ✓ Identifikasi lanjut usia di masyarakat dengan kondisi prioritas terkait dengan penurunan kapasitas intrinsik dapat dilakukan dengan bantuan alat skrining asuhan terpadu untuk lansia (ICOPE).
- ✓ Mereka yang diidentifikasi dengan kondisi ini dirujuk ke fasilitas kesehatan primer untuk penilaian mendalam, yang menginformasikan pengembangan rencana layanan berbasis individu.
- ✓ Rencana perawatan dapat mencakup beberapa intervensi untuk mengatasi penurunan kapasitas intrinsik dan untuk mengoptimalkan kemampuan fungsional, seperti dengan latihan fisik, nutrisi tambahan oral, stimulasi kognitif dan adaptasi rumah untuk mencegah jatuh.

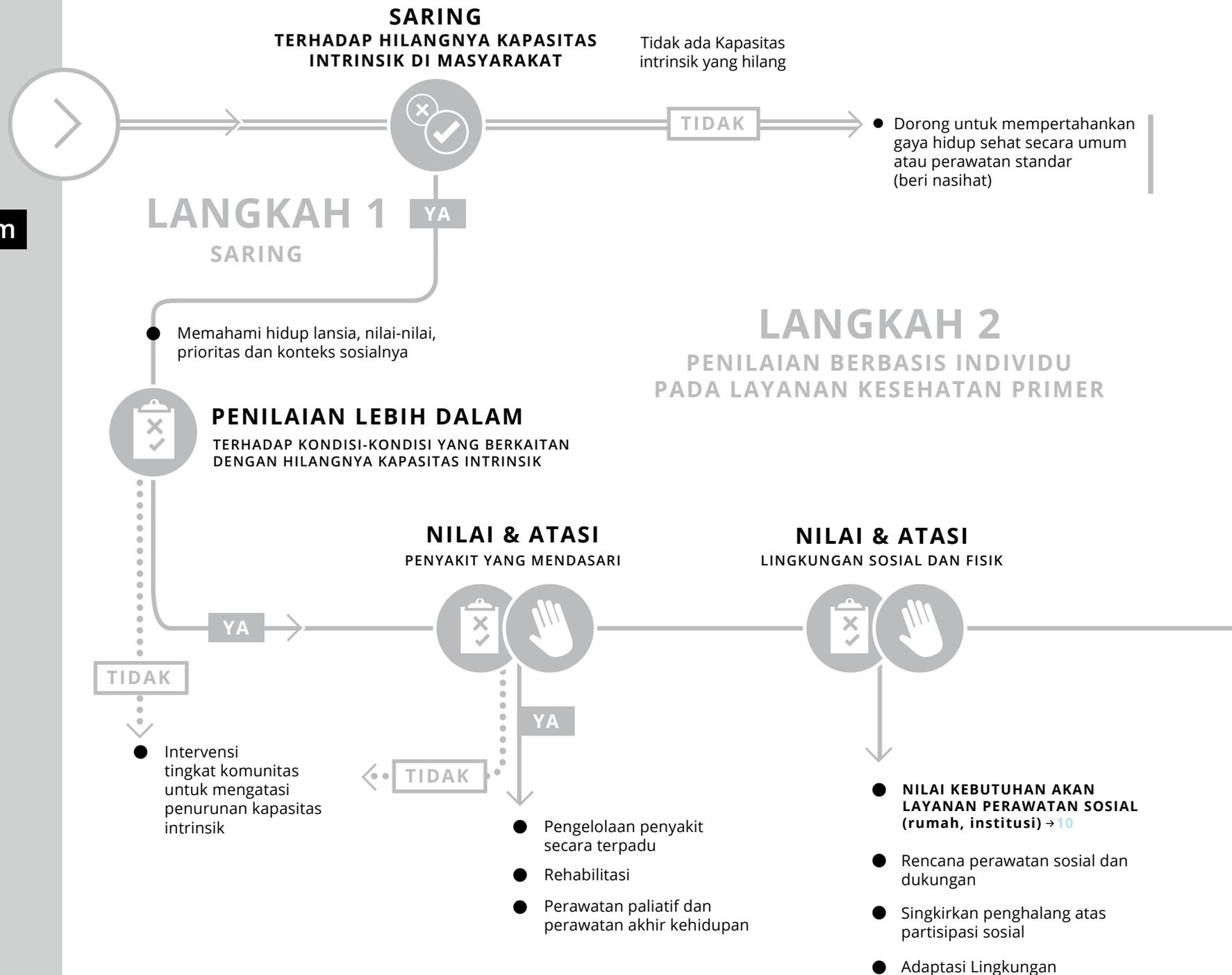
Perawatan yang terpusat pada individu didasarkan pada perspektif bahwa lansia lebih dari sekadar memiliki gangguan atau status kesehatan; namun semua orang, berapa pun usianya, adalah individu dengan pengalaman, kebutuhan, dan preferensi yang unik. Perawatan yang terpusat pada individu menangani kebutuhan perawatan kesehatan dan sosial individu alih-alih didorong oleh kondisi atau gejala kesehatan. Pendekatan yang terpusat pada individu dan terintegrasi juga mencakup konteks kehidupan sehari-hari individu, termasuk dampak kesehatan dan kebutuhan mereka terhadap mereka yang dekat dengan mereka dan di komunitas mereka.

Ada lima langkah untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan dan sosial lansia dengan pendekatan perawatan terintegrasi, seperti yang ditunjukkan dalam bagan di bawah ini.

3

Alur perawatan umum

Penilaian dan alur berbasis individu pada layanan kesehatan primer



LANGKAH 3

KEMBANGKAN RENCANA PERAWATAN BERBASIS INDIVIDU

- Penentuan tujuan berbasis individu
- Tim dari multi-disiplin
- Rancang rencana perawatan yang mencakup intervensi multi-komponen, pengelolaan penyakit yang mendasari, perawatan dan pengelolaan mandiri, dan perawatan dan dukungan sosial

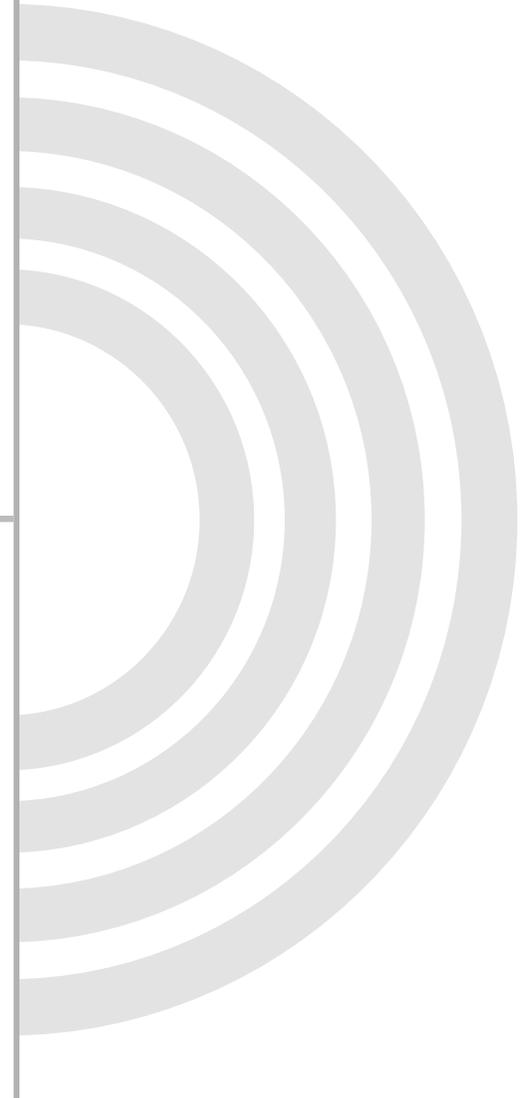
LANGKAH 5

LIBATKAN MASYARAKAT DAN BERIKAN DUKUNGAN PADA PENDAMPING LANSIA (*CAREGIVER*)

LANGKAH 4

MEMASTIKAN ALUR RUJUKAN DAN PENGAWASAN ATAS RENCANA PERAWATAN

DIHUBUNGKAN DENGAN PERAWATAN KHUSUS GERIATRI



TABEL 1.

PERANGKAT SKRINING ICOPE WHO

Kondisi-kondisi utama terkait penurunan kapasitas intrinsik	Uji Coba	Nilai secara utuh dengan mencentang lingkaran
PENURUNAN KOGNITIF (Bab 4)	1. Mengingat tiga kata: bunga, pintu, nasi (contoh)	<input type="radio"/> Salah satu salah atau tidak tahu
	2. Orientasi waktu dan tempat: tanggal berapakah hari ini secara lengkap? Dimanakah Anda saat ini (rumah, klinik, dll)?	<input type="radio"/> Tidak dapat mengingat tiga kata
	3. Dapat mengingat tiga kata?	
KETERBATASAN MOBILITAS (Bab 5)	Tes berdiri dari kursi: Berdiri dari kursi lima kali tanpa bantuan tangan. Apakah orang tersebut dapat berdiri dari kursi utuh lima kali dalam 14 detik?	<input type="radio"/> Tidak
MALNUTRISI (Bab 6)	1. Penurunan berat badan: Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang tidak direncanakan sebanyak 5% selama tiga bulan terakhir?	<input type="radio"/> Ya
	2. Kehilangan nafsu makan: Apakah Anda mengalami kehilangan nafsu makan?	<input type="radio"/> Ya
GANGGUAN VISUAL (Bab 7)	Apakah Anda merasakan masalah dengan penglihatan: kesulitan untuk melihat jauh, membaca, penyakit mata atau saat ini dalam perawatan medis (contoh: (contohnya diabetes, tekanan darah tinggi)?	<input type="radio"/> Ya
HILANG PENDENGARAN (Bab 8)	Mendengar suara bisikan (tes bisik) atau Hasil skrining audimetri 35 dB atau kurang atau Lulus tes suara dengan aplikasi otomatis serba digital	<input type="radio"/> Gagal
GEJALA DEPRESI (Bab 9)	Selama dua minggu terakhir, apakah Anda mengalami gangguan, seperti :	<input type="radio"/> Ya
	- merasa sedih, depresi atau putus asa? - sedikit minat atau rasa senang dalam melakukan sesuatu?	<input type="radio"/> Ya

LANGKAH 1

SKRINING UNTUK PENURUNAN KAPASITAS INTRINSIK

Dengan panduan ini, tenaga kesehatan terlatih dapat mengidentifikasi lansia yang menderita kehilangan kapasitas intrinsik di masyarakat atau di rumah. Untuk melakukannya, mereka dapat menggunakan perangkat skrining ICOPE (**Tabel 1**). Perangkat skrining ICOPE merupakan langkah awal dari setiap alur layanan yang disajikan pada **Bab 4 hingga 9** dan mencakup kondisi terkait di semua area kapasitas intrinsik (**Gambar 1 halaman 5**), strategi penjangkauan masyarakat, seperti kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan di tingkat masyarakat dan penilaian mandiri menggunakan teknologi ponsel, dapat digunakan untuk menemukan kasus.

Mereka yang menunjukkan tanda-tanda, atau melaporkan penurunan kapasitas pada langkah awal ini harus dilanjutkan dengan melakukan penilaian keseluruhan. Penilaian keseluruhan cenderung membutuhkan tenaga kesehatan dengan pelatihan yang dibutuhkan, tidak harus dokter medis.

Tenaga kesehatan dan perawatan harus memastikan bahwa keterbatasan kapasitas apapun yang teridentifikasi oleh perangkat skrining ICOPE perlu dilanjutkan dengan penilaian lebih dalam. Dan menginformasikan perkembangan dari layanan kesehatan yang berbasis individu lansia

LANGKAH 2

LAKUKAN PENILAIAN BERBASIS INDIVIDU PADA LAYANAN KESEHATAN PRIMER

Penilaian berbasis individu pada kebutuhan perawatan kesehatan dan sosial lansia pada layanan kesehatan primer merupakan hal penting daripada mengoptimalkan kapasitas intrinsik.

2A. Memahami kehidupan lansia

Penilaian berbasis individu tidak hanya dimulai dengan pencatatan riwayat secara konvensional, tapi dengan memahami kehidupan, nilai-nilai, prioritas dan pilihan-pilihan orang tersebut atas alur kesehatan dan pengelolaan mereka.

2B. Menilai lebih mendalam atas kondisi-kondisi terkait dengan kehilangan kapasitas intrinsik

Penilaian juga mengevaluasi lebih dalam kondisi-kondisi terkait dengan kehilangan kapasitas intrinsik. Alur perawatan untuk kondisi-kondisi utama di seluruh area kapasitas intrinsik, disajikan pada **Bab 4 hingga 9**, disusun secara umum dalam tiga komponen, dengan skrining dalam masyarakat pada bagian awalnya, penilaian pada layanan kesehatan primer di bagian tengah, dan perencanaan perawatan yang berbasis individu di bagian akhir.

2C. Menilai dan mengatasi penyakit yang mendasari

Kemungkinan penyakit yang mendasari kronis harus

diteliti, demikian juga poli-farmasi (penggunaan obat-obatan ganda). Poli-farmasi dan dampak merugikan apapun dapat mengakibatkan kehilangan kapasitas intrinsik di area ganda sehingga harus diteliti (**lihat kotak, Poli-farmasi**, halaman 18).

Diagnosa atas penyakit yang mendasari, seperti Alzheimer, depresi, osteoarthritis, osteoporosis, katarak, diabetes dan hipertensi, merupakan hal kritis dalam penilaian berbasis individu. Diagnosis ini membutuhkan tes-tes diagnosis yang kompleks yang tidak selalu tersedia di layanan kesehatan primer. Tergantung pada tingkat layanan, rujukan ke spesialis geriatri pada layanan tingkat kedua maupun ketiga mungkin dibutuhkan.

2D. Menilai lingkungan sosial dan fisik serta kebutuhan akan layanan dan dukungan sosial

Menilai lingkungan sosial dan fisik serta identifikasi atas kebutuhan akan layanan dan dukungan sosial apapun, keduanya dibutuhkan untuk lansia yang mengalami kehilangan kapasitas intrinsik. Hal ini merupakan bagian penting dari penilaian yang Terpusat pada individu lansia di layanan kesehatan primer. Kebutuhan layanan sosial dapat diidentifikasi dengan menanyakan kepada lansia apakah mereka dapat melakukan berbagai pekerjaan sehari-hari tanpa bantuan orang lain. Alur pada **Bab 10** menyajikan serangkaian pertanyaan untuk menilai dan menentukan kebutuhan layanan sosial secara umum. Sebagai tambahan, tiap alur pada **Bab 4 hingga 9** mencatat kemungkinan kebutuhan layanan sosial tertentu pada kondisi-kondisi utama.

3

Dukungan untuk pengelolaan mandiri melibatkan penyediaan informasi, keterampilan, dan alat-alat yang dibutuhkan lansia untuk mengatasi kondisi kesehatan mereka, mencegah komplikasi, memaksimalkan kapasitas intrinsik, dan menjaga kualitas hidup mereka.

Hal ini tidak dimaksudkan bahwa lansia diharapkan untuk “pergi sendiri” atau tuntutan yang tidak masuk akal atau berlebihan itu akan dibebankan pada mereka. Sebaliknya, dukungan ini mengakui otonomi dan kemampuan mereka untuk mengarahkan perawatan mereka sendiri, dalam konsultasi dan kemitraan dengan tenaga layanan kesehatan, keluarga mereka dan pemberi perawatan lainnya.

Inisiatif WHO *mobile health* untuk penuaan (*mAgeing*) dapat melengkapi perawatan rutin ahli kesehatan dengan mendukung perawatan dan manajemen mandiri. Dengan memberikan informasi kesehatan, saran dan pengingat melalui ponsel, akan mendorong perilaku sehat dan membantu para lansia untuk meningkatkan dan mempertahankan kapasitas intrinsik mereka.

Untuk informasi tentang cara mengatur program *mAgeing* dan pesan teks yang disarankan, lihat <https://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>.



LANGKAH 3

MENENTUKAN TUJUAN PERAWATAN DAN MENGEMBANGKAN RENCANA PERAWATAN BERBASIS INDIVIDU

3A. Tetapkan tujuan perawatan dengan melibatkan lansia

Gabungan tujuan dari mengoptimalkan kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional akan membantu untuk memastikan integrasi perawatan dan juga memberikan kesempatan untuk memantau kemajuan lansia dan dampak intervensi. Penting bahwa lansia dan pendamping lansia (*caregiver*) terlibat dalam pengambilan keputusan dan penetapan tujuan sejak awal dan bahwa tujuan ditetapkan dan diprioritaskan sesuai dengan prioritas, kebutuhan dan preferensi lansia tersebut.

3B. Rancang rencana perawatan

Penilaian yang terpusat pada individu menginformasikan perkembangan dari rencana perawatan yang berbasis individu. Rencana perawatan yang berbasis individu ini menerapkan pendekatan terpadu dalam mengimplementasikan intervensi yang bertujuan mengatasi kehilangan berbagai kapasitas intrinsik: semua intervensi harus dipertimbangkan dan diterapkan bersama.

Alur perawatan umum

Penilaian dan alur perawatan berpusat pada individu di layanan kesehatan primer

Pendekatan terpadu ini penting karena sebagian besar kondisi utama terkait dengan kehilangan kapasitas intrinsik berbagai faktor penentu fisiologis dan perilaku yang mendasar yang sama. Akibatnya, intervensi memiliki manfaat lintas area. Misalnya, latihan kekuatan intensif adalah intervensi utama untuk mencegah kehilangan mobilitas. Pada saat yang sama, latihan kekuatan secara tidak langsung melindungi otak terhadap depresi dan penurunan kognitif dan membantu mencegah jatuh. Nutrisi meningkatkan efek latihan dan pada saat yang sama, meningkatkan massa otot dan kekuatan. Melalui pendekatan terpadu dan menyatu, dimungkinkan untuk mengubah serangkaian faktor yang meningkatkan risiko ketergantungan perawatan.

Paket perawatan yang berbasis individu akan memiliki sejumlah komponen, yang mungkin termasuk:

- paket intervensi multi-komponen untuk mengatasi kehilangan kapasitas intrinsik. Sebagian besar rencana perawatan akan mencakup intervensi untuk meningkatkan nutrisi dan mendorong latihan fisik;
- pengelolaan dan pengobatan penyakit yang mendasar, multimorbiditas, dan sindrom geriatri. WHO telah mengembangkan pedoman klinis untuk mengatasi sebagian besar penyakit kronis yang relevan yang mungkin berkontribusi dalam penurunan kapasitas intrinsik(2). Setiap penyedia layanan kesehatan harus memiliki akses ke pedoman ini;
- dukungan untuk perawatan dan pengelolaan mandiri;
- pengelolaan segala kondisi kronis lanjutan (perawatan paliatif, rehabilitasi) atau untuk memastikan bahwa lansia dapat terus menjalani kehidupan yang bermakna dan bermartabat;
- layanan dan dukungan sosial, termasuk adaptasi lingkungan, untuk mengkompensasi kehilangan fungsional; dan
- rencana untuk memenuhi kebutuhan layanan sosial dengan bantuan anggota keluarga, teman dan layanan masyarakat.

Tenaga layanan kesehatan dan sosial dapat mendukung implementasi rencana perawatan di masyarakat atau fasilitas layanan primer. Pengelolaan mandiri, didukung dengan saran, edukasi dan dorongan dari penyedia layanan kesehatan di masyarakat, dapat memodifikasi beberapa faktor yang bertanggung jawab atas penurunan kapasitas intrinsik. Kemitraan yang melibatkan lansia, tenaga layanan kesehatan umum, keluarga dan masyarakat akan mendukung kesejahteraan lansia seiring bertambahnya usia.

3

Alur perawatan umum

Penilaian dan alur perawatan berpusat pada individu di layanan kesehatan primer

LANGKAH 4

MENJAMIN ALUR RUJUKAN DAN PEMANTAUAN RENCANA PERAWATAN YANG DIHUBUNGKAN DENGAN PERAWATAN SPESIALIS GERIATRI

Kontrol yang teratur dan berkelanjutan, dengan integrasi antara berbagai tingkatan dan jenis layanan perawatan, sangat penting dalam menerapkan intervensi yang direkomendasikan dalam panduan ini. Pendekatan semacam ini meliputi deteksi dini komplikasi atau perubahan status fungsional, sehingga menghindari keadaan darurat yang tidak perlu dan menghemat biaya dengan bertindak lebih awal.

Kontrol rutin juga memberikan peluang untuk memantau kemajuan menuju rencana perawatan serta sarana untuk mengatur dukungan tambahan saat dibutuhkan. Tindak lanjut dan dukungan bisa sangat penting setelah perubahan besar dalam status kesehatan, rencana perawatan lansia atau peran atau situasi sosialnya (perubahan tempat tinggal, misalnya, atau kematian pasangan).

Alur rujukan yang kuat merupakan hal penting untuk memastikan akses cepat untuk perawatan akut dalam kasus peristiwa tak terduga seperti jatuh, dan untuk perawatan paliatif dan perawatan akhir hidup atau setelah pulang dari rumah sakit.

Rujukan ke perawatan spesialis geriatri juga penting. Sistem kesehatan perlu memastikan bahwa lansia memiliki akses tepat waktu ke layanan khusus dan perawatan akut bila diperlukan. Studi menunjukkan bukti yang kuat bahwa bangsal akut geriatri memberikan perawatan berkualitas lebih tinggi dengan rawat inap yang lebih singkat dan biaya yang lebih rendah daripada perawatan rumah sakit umum.

PERAN PERAWATAN SPESIALIS GERIATRI

Spesialis geriatri memfokuskan keahlian mereka pada lansia dengan kondisi kompleks jangka panjang seperti sindrom geriatri (inkontinensia, jatuh, delirium, dll.), Poli-farmasi dan penyakit seperti demensia dan menyediakan perawatan bagi mereka yang memiliki keterbatasan dalam kegiatan kehidupan sehari-hari. Multi-morbiditas meningkat dengan bertambahnya usia dan menghasilkan gambaran klinis yang kompleks, merupakan salah satu indikasi dokter umum merujuk ke spesialis geriatri.

Dalam pendekatan ICOPE, spesialis geriatri merupakan bagian dari tim multi-disiplin yang bertanggung jawab untuk perawatan lansia, dan mereka membantu mengawasi tim layanan primer, serta melakukan intervensi ketika perawatan khusus dibutuhkan.

Alur perawatan umum

Penilaian dan alur perawatan berpusat pada individu di layanan kesehatan primer

LANGKAH 5 MELIBATKAN MASYARAKAT DAN Mendukung PENDAMPING LANSIA (CAREGIVER)

Pengasuhan dapat bersifat menuntut, dan mengasuh lansia dengan kehilangan kapasitas dapat menyebabkan seorang *caregiver* merasa terisolasi dan berisiko tinggi mengalami tekanan psikologis dan depresi. Rencana perawatan berbasis individu harus mencakup intervensi berbasis bukti untuk mendukung *caregiver*. *Caregiver* juga memerlukan informasi dasar tentang kondisi kesehatan lansia, dan pelatihan untuk mengembangkan berbagai keterampilan praktis, seperti cara memindahkan lansia dari kursi ke tempat tidur dengan aman atau bagaimana membantu mandi.

Lansia dan pendamping harus menerima informasi tentang sumber daya berbasis masyarakat yang tersedia untuk mereka. Peluang untuk melibatkan masyarakat dan lingkungan secara lebih langsung dalam mendukung perawatan harus dieksplorasi, khususnya dengan mendorong kesukarelaan dan dengan memungkinkan anggota masyarakat yang lebih tua untuk berkontribusi. Kegiatan semacam itu sering dapat terjadi dalam asosiasi dan kelompok yang menarik lansia.

Bab 11 berisi alur perawatan untuk menilai beban pendamping dan menangani kebutuhan pendamping yang tidak dibayar untuk perawatan dan mendukung bagi diri mereka sendiri.

Pendekatan ICOPE didasarkan pada tingkat masyarakat atau layanan kesehatan primer, di mana ia dapat diakses oleh sejumlah besar orang. Pada saat yang sama, pendekatan tersebut membutuhkan hubungan yang kuat dengan tingkat perawatan spesialis dan tersier bagi mereka yang membutuhkan seperti dengan ahli gizi dan apoteker.



APLIKASI BUKU PANDUAN ICOPE

Aplikasi seluler akan tersedia untuk memandu tenaga kesehatan dan sosial tentang semua langkah yang harus dilakukan, dari penapisan hingga penilaian, hingga merancang rencana perawatan berbasis individu. Aplikasi ini juga akan menghasilkan ringkasan yang dapat dicetak atas hasil penilaian dan intervensi untuk dimasukkan dalam rencana perawatan dalam format PDF

3

Alur perawatan umum

Penilaian dan alur perawatan berpusat pada individu di layanan kesehatan primer

POLIFARMASI

Polifarmasi umumnya digambarkan sebagai penggunaan dari lima obat atau lebih pada saat yang sama dan sering dikaitkan dengan reaksi obat yang merugikan. Penggunaan berbagai macam obat ini meningkatkan risiko konsekuensi kesehatan yang negatif, dan dapat mengakibatkan kehilangan kapasitas intrinsik yang tidak perlu dan merupakan penyebab akut masuk rumah sakit. Lansia yang mengunjungi beberapa layanan kesehatan atau yang telah dirawat di rumah sakit akhir-akhir ini memiliki risiko polifarmasi yang lebih besar. Lansia dengan multi-morbiditas cenderung lebih dipengaruhi oleh perubahan fisiologis terkait usia yang dapat mengubah farmakokinetika dan farmakodinamik.

Karena polifarmasi dapat berkontribusi terhadap kehilangan kapasitas intrinsik di berbagai area, penilaian yang berpusat pada individu harus mencakup peninjauan terhadap obat-obatan yang digunakan oleh lansia. Polifarmasi dapat dikurangi dengan menghilangkan obat-obatan yang tidak perlu, tidak efektif serta obat-obatan dengan efek duplikasi

Aplikasi seluler akan tersedia untuk memandu tenaga kesehatan dan sosial tentang semua langkah yang harus dilakukan, dari penapisan hingga penilaian, hingga merancang rencana perawatan berbasis individu. Aplikasi ini juga akan menghasilkan ringkasan yang dapat dicetak

atas hasil penilaian dan intervensi untuk dimasukkan dalam rencana perawatan dalam format PDF

Cara memberi resep dengan tepat dan mengurangi kesalahan pengobatan:

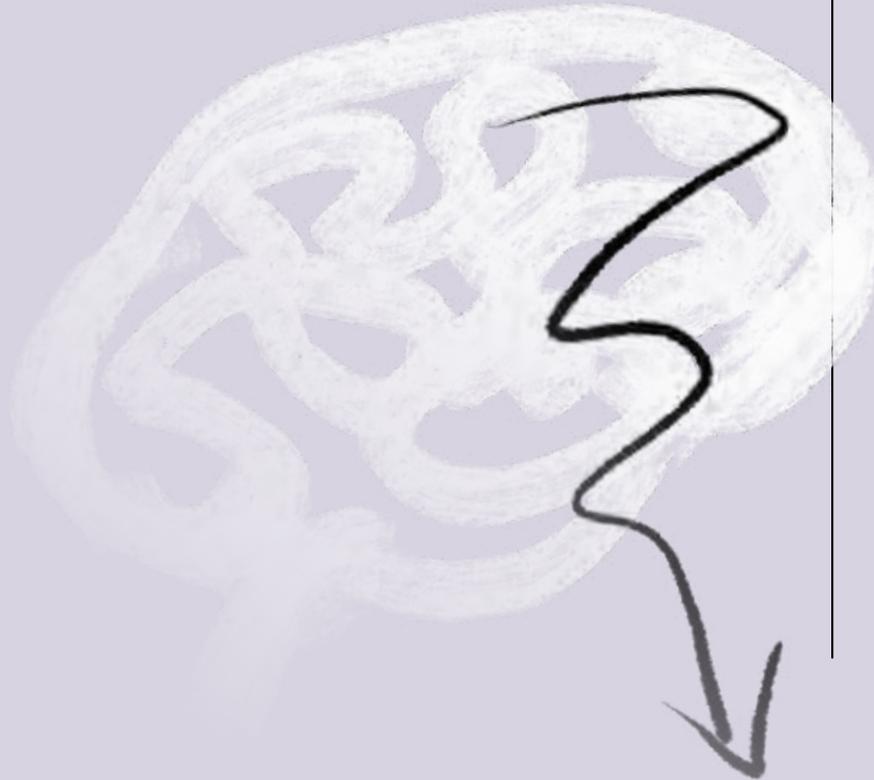
- dapatkan riwayat pengobatan lengkap;
- mempertimbangkan apakah obat-obatan dapat memengaruhi kapasitas;
- hindari pemberian resep sebelum diagnosis dibuat kecuali pada nyeri akut yang berat;
- meninjau obat secara teratur dan sebelum meresepkan obat baru;
- mengetahui tindakan, efek samping, interaksi obat, persyaratan pemantauan dan toksisitas obat yang diresepkan;
- mencoba menggunakan satu obat untuk mengobati dua kondisi atau lebih;
- membuat kartu pil untuk pasien; dan
- edukasi pasien dan pengasuh tentang setiap obat.

Jika ragu apakah obat dapat dihentikan dengan aman, rujuk ke spesialis yang sesuai.

4

Kapasitas Kognitif

Alur perawatan untuk mengatasi penurunan kognitif



Penurunan kognitif memperlihatkan peningkatan kepikunan, hilangnya atensi/ konsentrasi dan berkurangnya kemampuan untuk memecahkan masalah. Meskipun penyebab pastinya tidak diketahui, penurunan kognitif dapat dikaitkan dengan penuaan otak, dan atau penyakit yang mendasari (kardiovaskular, Alzheimer, hipertensi, stroke, dan lain-lain) atau bahkan faktor lingkungan seperti kurangnya latihan fisik, isolasi sosial dan tingkat pendidikan yang rendah.

Penurunan kognitif menjadi problematika terbesar saat kemampuan seseorang untuk berfungsi secara efektif di lingkungan terganggu-disitulah, seseorang mulai mengalami demensia.

Alur ini dimaksudkan untuk diterapkan pada lansia dengan penurunan kognitif tetapi yang tidak mengalami demensia. Tenaga kesehatan juga harus dapat menilai kebutuhan untuk layanan dan dukungan sosial (lihat Bab 10).

POIN PENTING

- Penurunan kapasitas kognitif dapat diminimalkan dan kadang-kadang dikurangi/diperlambat dengan pendekatan umum pada gaya hidup yang lebih sehat, stimulasi kognitif dan keterlibatan sosial.
- Perawatan kondisi seperti diabetes dan hipertensi dapat mencegah penurunan kapasitas kognitif.
- Penurunan kapasitas intrinsik pada area lainnya, seperti dalam kapasitas pendengaran dan alat gerak, dapat mengganggu kognisi dan juga harus dinilai dan ditangani.
- Untuk lansia dengan demensia, perawatan spesialis diperlukan untuk merencanakan dan melakukan intervensi kompleks.

4

Kapasitas Kognitif

Alur perawatan untuk mengatasi penurunan kognitif

Tes memori dan orientasi sederhana

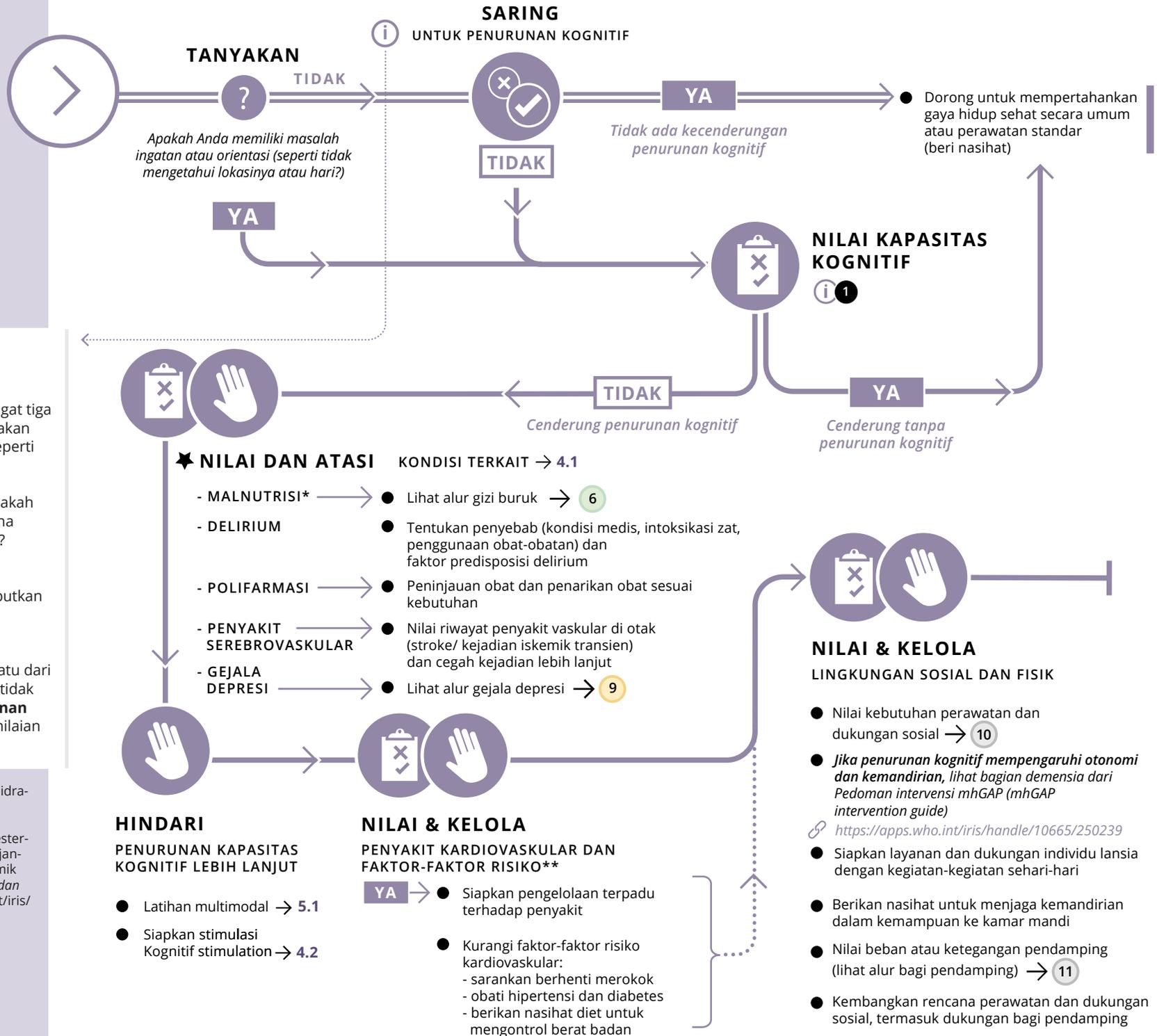
- Mengingat tiga kata:**
Minta orang tersebut untuk mengingat tiga kata yang akan Anda ucapkan. Gunakan kata-kata sederhana dan konkret seperti "bunga", "pintu", "nasi"
- Orientasi ruang dan waktu:**
Sekarang, tanyakan, "Tanggal berapakah hari ini secara lengkap?" dan "Dimana Anda sekarang?" (rumah, klinik, dll.)?
- Mengingat tiga kata:**
Sekarang minta orang itu untuk mengulangi tiga kata yang Anda sebutkan

Lulus atau gagal?

Jika lansia tidak dapat menjawab salah satu dari dua pertanyaan tentang orientasi **ATAU** tidak dapat mengingat ketiga kata, **kemungkinan penurunan kognitif** dan diperlukan penilaian lebih lanjut.

* Kekurangan vitamin, elektrolit abnormal, dehidrasi parah

** Faktor risiko kardiovaskular: hipertensi, kolesterol tinggi, diabetes, merokok, obesitas, penyakit jantung, stroke sebelumnya atau serangan ischaemik transien. *Pengurangan risiko penurunan kognitif dan demensia: WHO Guidelines* - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>



Kapasitas Kognitif

Alur perawatan untuk mengatasi penurunan kognitif



NILAI KOGNITIF

Penilaian kapasitas kognitif yang lebih mendalam menggunakan perangkat tervalidasi secara lokal jika memungkinkan. Di bawah kanan adalah daftar pilihan untuk menilai kognisi pada lansia pada layanan kesehatan primer.

Kurangnya edukasi. Hampir semua penilaian kognitif standar yang digunakan untuk skrining atau diagnosis gangguan kognitif mengasumsikan adanya pendidikan sekolah yang rendah. Jika seseorang memiliki kurang dari lima atau enam tahun bersekolah atau tidak bersekolah, penilaian kognitif dapat dibatasi. Sebaliknya, harus digantungkan pada wawancara dan penilaian klinis. Bagi mereka, mendaftar program literasi bagi orang dewasa (jika tersedia) sangat dianjurkan, karena akan meningkatkan kesehatan kognitif.

Jika perangkat penilaian standar tidak tersedia atau tidak sesuai, tenaga kesehatan dapat bertanya kepada orang tersebut, dan juga orang lain yang mengenalnya dengan baik, tentang masalah dengan ingatan, orientasi, ucapan dan bahasa dan tentang kesulitan dalam melakukan peran kunci dan kegiatan sehari-hari.

Kegagalan dalam penilaian kognitif atau masalah yang dilaporkan sehubungan dengan ingatan atau orientasi menunjukkan gangguan kognitif. Orang seperti itu juga harus dinilai untuk kesulitan dengan Aktivitas Kegiatan Sehari-hari (AKS) atau Instrumen Aktivitas Kegiatan Sehari-hari (IAKS). Informasi ini penting untuk perencanaan perawatan dan dukungan sosial sebagai bagian dari rencana perawatan berbasis individu.

Jika penurunan kognitif mempengaruhi kemampuan lansia untuk berfungsi secara efektif dalam lingkungan mereka, penilaian khusus mungkin diperlukan untuk mendiagnosis demensia atau penyakit Alzheimer (penyebab paling umum dari demensia). Protokol untuk menilai dan mengatasi demensia dapat ditemukan dalam Panduan Intervensi mhGAP WHO, di <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

KAPAN PERAWATAN KHUSUS DIPERLUKAN

- Diagnosis dan pengobatan demensia.
- Pengelolaan kondisi ganda yang terkait seperti delirium, serebrovaskular, dan penyakit kardiovaskular.

CONTOH PERANGKAT PENILAIAN KOGNITIF DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PRIMER (FKTP)

PERANGKAT/TES	MANFAAT	KERUGIAN	WAKTU
Mini-Cog http://mini-cog.com/wp-content/uploads/2015/12/Universal-Mini-Cog-Form-011916.pdf	Singkat; bahasa minim, bias edukasi dan rasial	Penggunaan kata yang berbeda dapat memengaruhi skor	2–4 menit
Montreal cognitive assessment (MoCA) https://www.mocatest.org/	Dapat mengidentifikasi gangguan kognitif ringan; tersedia dalam beberapa bahasa	Bias edukasi dan budaya, data publikasi terbatas	10–15 menit
Mini mental state examination (MMSE) https://www.parinc.com/products/pkey/23	Banyak digunakan dan dipelajari	Bergantung pada bias umur dan budaya, efek langit-langit	7–10 menit
General practitioner assessment of cognition (GPCOG) http://gpcog.com.au/index/downloads	Bias budaya dan edukasi minim; Tersedia dalam beberapa bahasa	Mungkin terjadi kesulitan untuk mendapatkan laporan dari Informan	5–6 menit

Apakah demensia itu?

Demensia adalah sindrom kronis dan progresif karena adanya perubahan di otak. Demensia mengakibatkan penurunan fungsi kognitif, dan mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari seperti mencuci, berpakaian, makan, kebersihan pribadi, dan aktivitas toilet.

Informasi lebih lanjut: *Panduan intervensi mhGAP WHO* (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>)

4

Kapasitas Kognitif

Alur perawatan untuk mengatasi penurunan kognitif

Mengungkap penyebab medis yang dapat dibalik dari penurunan kognitif mencakup diagnosa penuh. Mungkin perlu untuk mengeksplorasi beberapa penjelasan potensial gejala yang berbeda untuk sampai pada pendekatan yang akurat untuk rencana perawatan.



NILAI & ATASI PENYAKIT TERKAIT

Langkah penting, sebelum proses diagnostik penurunan kognitif, adalah menilai keberadaan kondisi terkait dan mengobatinya terlebih dahulu

★ 4.1 KONDISI YANG MENYEBABKAN GEJALA KOGNITIF

Kondisi reversibel umum yang dapat menyebabkan penurunan kognitif mencakup dehidrasi, gizi buruk, infeksi dan masalah dengan obat-obatan. Dengan perawatan yang tepat untuk kondisi ini, gejala kognitif seseorang seharusnya dapat hilang.

Dehidrasi parah. Dehidrasi parah dan masalah gizi lainnya dapat menyebabkan delirium (yang menyerupai demensia) dan, dalam kasus yang parah, kematian.

Delirium. Delirium adalah hilangnya kemampuan untuk memusatkan perhatian secara mendadak dan drastis. Mereka juga menjadi sangat bingung tentang di mana mereka berada dan apa waktu itu. Delirium berkembang dalam waktu singkat dan cenderung datang dan pergi dalam sehari. Ini mungkin hasil dari penyebab organik akut seperti infeksi, obat-obatan, kelainan metabolisme (seperti hipoglikemia atau hiponatremia), keracunan zat atau penarikan zat.

Polifarmasi. Dua atau lebih obat dapat berinteraksi dan menyebabkan efek samping yang merugikan (lihat kotak di Bab 3, hal. 18). Obat penenang dan hipnotik adalah obat yang paling sering bertanggung jawab untuk gangguan kognitif di antara lansia.

Operasi besar dan anestesi umum. Operasi besar dan anestesi umum diakui sebagai risiko penurunan kognitif. Praktisi harus menanyakan apakah penurunan kognitif seseorang didahului oleh operasi besar. Jika demikian, orang itu akan berada pada risiko lebih tinggi untuk penurunan kognitif lebih lanjut setelah operasi besar selanjutnya. Risiko yang lebih tinggi ini perlu diidentifikasi dan didiskusikan dengan tim bedah dan ahli anestesi sebelum operasi atau anestesi di masa yang akan datang.

Penyakit serebrovaskular. Penyakit pembuluh darah di otak berkaitan erat dengan penurunan kognitif. Jika pasien memiliki riwayat stroke/mini-stroke/kejadian transien ischemic, maka pencegahan kejadian lebih lanjut adalah pendekatan utama untuk menghentikan penurunan kognisi lebih lanjut.



ATASI PENURUNAN KOGNITIF

4

Kapasitas Kognitif

Alur perawatan untuk mengatasi penurunan kognitif

- Orang dengan penurunan kognitif dapat memanfaatkan **stimulasi kognitif**.
- Intervensi ICOPE lainnya, seperti **latihan multimoda** (lihat bab 5, keterbatasan mobilitas), juga berkontribusi terhadap kesehatan otak. → 5
- Kerugian dalam area kapasitas intrinsik lainnya, khususnya pendengaran, penglihatan dan suasana hati, dapat mempengaruhi kognisi. Untuk mencapai hasil terbaik, ini mungkin perlu diatasi. Individu dengan penurunan kognitif berbeda dalam pola penurunan di area lainnya.

4.2 STIMULASI KOGNITIF

Stimulasi kognitif dapat memperlambat penurunan kapasitas kognitif (7). Stimulasi kognitif bertujuan untuk merangsang peserta melalui kegiatan kognitif dan ingatan, stimulasi berbagai indera dan kontak dengan orang lain.

Stimulasi Kognitif dapat ditawarkan kepada individu atau secara berkelompok. Berkelompok mungkin lebih baik bagi sebagian orang; kontak sosial dalam grup dapat membantu. Kelompok juga mungkin cocok dan efisien jika mereka dalam kelompok memiliki tujuan yang sama, seperti meningkatkan literasi kesehatan.

Pendekatan kelompok standar melibatkan hingga 14 sesi bertema, masing-masing sekitar 45 menit, diadakan dua kali seminggu. Seorang fasilitator memimpin sesi-sesi ini. Biasanya, satu sesi mungkin dimulai dengan beberapa aktivitas pemanasan non-kognitif dan kemudian dilanjutkan

ke berbagai tugas kognitif, termasuk orientasi realitas (misalnya, papan yang menampilkan informasi seperti tempat, tanggal dan waktu). Sesi berfokus pada berbagai tema, termasuk, misalnya, masa kanak-kanak, penggunaan uang, wajah atau adegan. Kegiatan-kegiatan ini umumnya menghindari penarikan faktual tetapi sebaliknya fokus pada pertanyaan seperti, "Apa kesamaan [*kata atau objek*] ini?"

Siapa yang dapat memimpin stimulasi kognitif? Di negara-negara berpenghasilan tinggi, biasanya psikolog yang memimpin terapi stimulasi kognitif. Dengan adaptasi, ini dapat dilakukan oleh non-spesialis terlatih dan dengan pendampingan. Namun, merancang dan menyediakan intervensi berbasis individu untuk lansia dengan penurunan signifikan mungkin memerlukan penilaian dan perencanaan lebih detail – tugas-tugas yang membutuhkan keterampilan khusus. Oleh karena itu, protokol lokal harus mencakup kriteria untuk rujukan ke spesialis kesehatan mental untuk terapi stimulasi kognitif.

Anggota keluarga dan caregiver dapat memainkan peran penting dalam stimulasi kognitif. Penting untuk mendorong anggota keluarga dan pengasuh untuk secara teratur memberikan informasi kepada lansia seperti hari, tanggal, cuaca, waktu, nama orang dan sebagainya. Informasi ini membantu mereka untuk tetap berorientasi pada waktu dan tempat. Juga, menyediakan materi seperti koran, program radio dan TV, album keluarga dan perlengkapan rumah tangga dapat meningkatkan komunikasi, mengarahkan lansia ke acara terkini, merangsang ingatan dan memungkinkan orang tersebut untuk berbagi dan menghargai pengalaman mereka.

4

Kapasitas Kognitif

Alur perawatan untuk mengatasi penurunan kognitif

Jika penurunan kognitif membatasi otonomi dan kemandirian seseorang, orang itu kemungkinan memiliki kebutuhan layanan sosial yang tinggi. Seorang tenaga kesehatan dapat membantu pendamping lansia (*caregiver*) menyesuaikan rencana kegiatan sehari-hari yang memaksimalkan kegiatan mandiri, meningkatkan fungsi, membantu untuk beradaptasi dan mengembangkan keterampilan, dan meminimalkan kebutuhan akan dukungan.



NILAI & ATASI LINGKUNGAN SOSIAL DAN FISIK

Anggota keluarga dan pendamping lansia (*caregiver*) dapat:

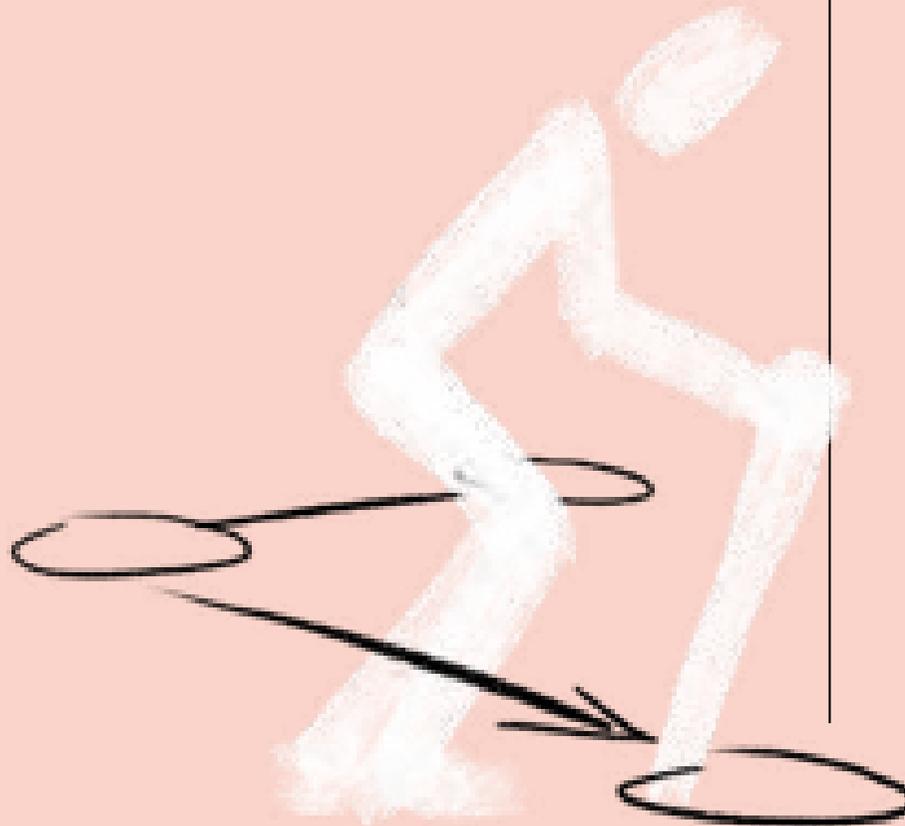
- memberikan informasi yang berorientasi, seperti tanggal, acara masyarakat saat ini, identitas pengunjung, cuaca, berita anggota keluarga;
- mendorong dan mengatur kontak dengan teman dan anggota keluarga di rumah dan di masyarakat;
- membuat dan menjaga rumah tetap aman untuk mengurangi risiko jatuh dan cedera;
- menempelkan tanda-tanda di rumah - misalnya, untuk toilet, kamar tidur, pintu ke luar - untuk membantu orang tersebut menemukan jalannya; dan
- mengatur dan bergabung dalam kegiatan pekerjaan (disesuai dengan kapasitas orang tersebut).

Pendamping untuk lansia dengan penurunan kognitif yang parah mengalami beban berat karena berhadapan dengan tuntutan yang tinggi. Stres dapat membahayakan kesehatan mereka. Lihat **Bab 11** tentang menangani kebutuhan pendamping → 11

5

Kapasitas alat gerak

Alur perawatan untuk memperbaiki mobilitas



Mobilitas merupakan faktor penentu yang penting dalam kelanjutusiaan sehat. Sangat penting untuk menjaga otonomi dan menghindari ketergantungan perawatan. Kapasitas tubuh seseorang dalam berpindah dari satu tempat ke tempat lainnya disebut sebagai kapasitas alat gerak.

Banyak lansia dan keluarga mereka menderita kehilangan kapasitas alat gerak dan diikuti dengan rasa sakit sebagai sesuatu yang tidak dapat dihindari. Salah. Sebaliknya, ada strategi efektif untuk meningkatkan dan menjaga mobilitas lansia.

KATA KUNCI

- Keterbatasan mobilitas merupakan hal biasa pada lansia tetapi bukan tidak dapat dihindari
- Tenaga kesehatan tingkat masyarakat dapat menyaring keterbatasan mobilitas dengan tes sederhana.
- Sebuah program latihan rutin, disesuaikan dengan kapasitas dan kebutuhan lansia, merupakan pendekatan penting untuk meningkatkan atau menjaga kapasitas alat gerak.
- Mengadaptasi lingkungan seseorang dengan menggunakan alat-alat bantu adalah cara yang baik untuk menjaga mobilitas daripada mengurangi kapasitas alat gerak.

5

Kapasitas Alat Gerak

Alur perawatan untuk memperbaiki mobilitas

Latihan Multimoda → 5.1

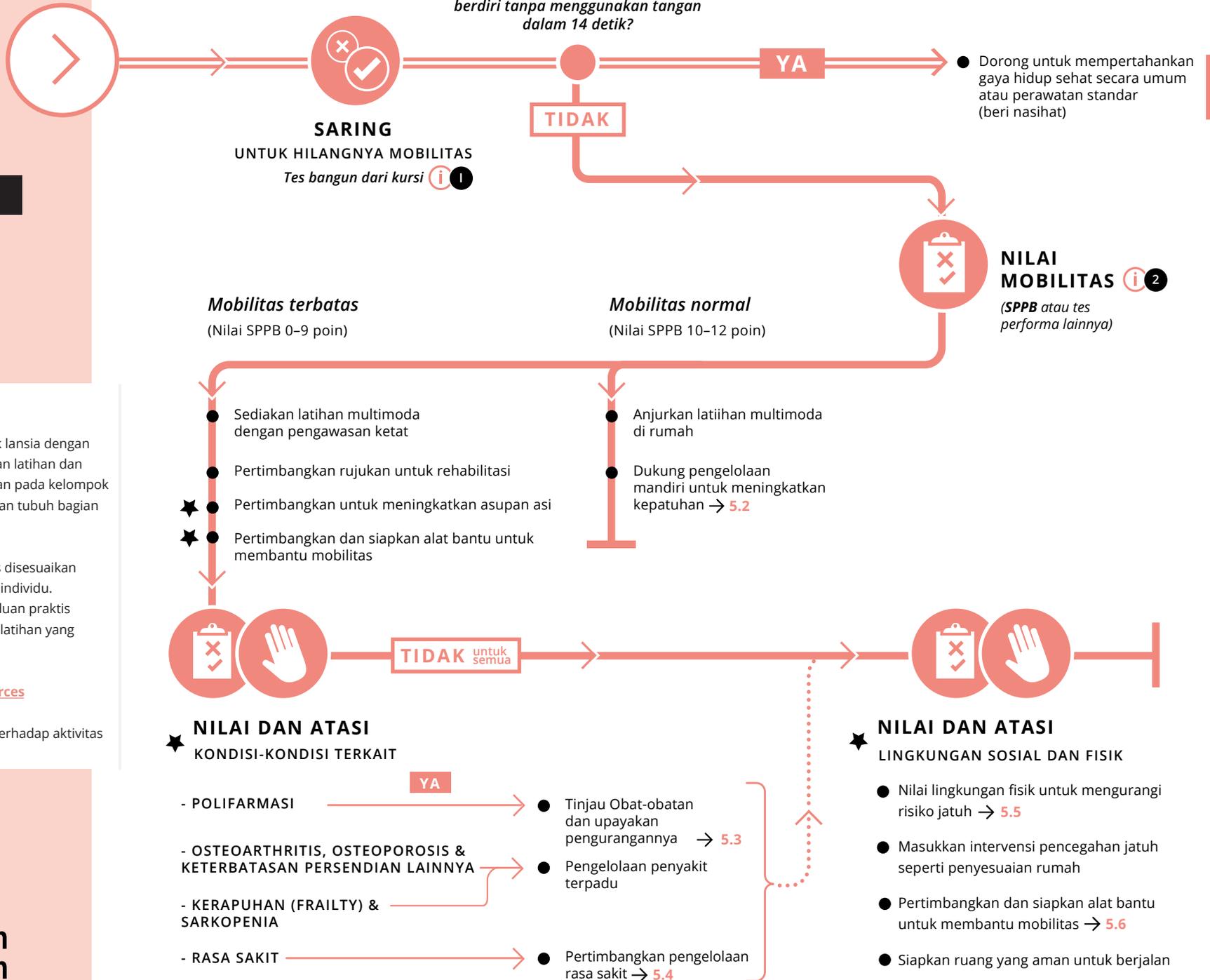
Program latihan multimoda untuk lansia dengan mobilitas terbatas menggabungkan latihan dan pelatihan silang dengan penekanan pada kelompok otot inti punggung, paha, perut, dan tubuh bagian bawah

Program latihan multimoda harus disesuaikan dengan kapasitas dan kebutuhan individu. Proyek Vivifrail menawarkan panduan praktis untuk mengembangkan program latihan yang disesuaikan dengan kapasitas

<http://www.vivifrail.com/resources>

Untuk rekomendasi global WHO terhadap aktivitas fisik, lihat kotak, halaman 30

★ Kebutuhan perawatan khusus



KAPAN PERAWATAN KHUSUS DIPERLUKAN

Kapasitas gaya gerak harus dinilai bersama dengan aspek lain dari kapasitas intrinsik, seperti kognisi, sensorik, vitalitas, dan kapasitas psikologis. Jika penurunan signifikan dalam kapasitas fisik atau mental atau komorbiditas membuat resep latihan lebih kompleks, tenaga spesialisik mungkin diperlukan untuk menyusun program latihan yang sesuai. Rujukan ke rehabilitasi dapat dipertimbangkan.

i 1

TES BERDIRI DARI KURSI

Tes sederhana dapat memutuskan apakah lansia memerlukan penilaian lebih lanjut untuk mobilitas terbatas.

Petunjuk: Tanyakan, "Apakah Anda pikir akan aman bagi Anda untuk mencoba berdiri dari kursi lima kali tanpa menggunakan lengan Anda?" (Tunjukkan kepada orang tersebut.)

Jika YA, minta mereka untuk:

- duduk di tengah kursi
- silangkan dan letakkan tangan mereka di atas dada
- naik ke posisi berdiri penuh dan kemudian duduk lagi
- ulangi lima kali secepat mungkin tanpa berhenti.

Waktu orang yang mengikuti tes - penilaian lebih lanjut diperlukan jika mereka **tidak dapat berdiri lima kali dalam 14 detik.**



i 2

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

Saat berbagai tes kinerja fisik tersedia, SPPB direkomendasikan, karena memiliki sifat pengukuran yang unggul dan berguna di berbagai kemampuan. SPPB mengukur kinerja waktunya pada tiga tugas, masing-masing bernilai empat, untuk mendapatkan nilai dari nol (kinerja terburuk) hingga 12 (kinerja terbaik).

Pertama, jelaskan setiap tes dan tanyakan apakah orang tersebut merasa mampu melakukannya. Jika tidak, berikan nilai yang sesuai dan lanjutkan ke langkah berikutnya.

1. Tes Keseimbangan: Berdiri selama 10 detik dengan kaki di masing-masing dari tiga posisi berikut. Gunakan jumlah nilai dari tiga posisi.

2. Tes kecepatan berjalan: Waktu berjalan empat meter.

Waktu untuk berjalan empat meter:

<4,82 detik	4 poin
4,82 - 6,20 detik	3 poin
6,21 - 8,70 detik	2 poin
> 8,70 detik	1 poin
Tidak dapat menyelesaikan	0 poin

3. Tes berdiri dari kursi: Waktu untuk bangkit dari kursi lima kali

<11,19 detik	4 poin
11,2 - 13,69 detik	3 poin
13,7 - 16,69 detik	2 poin
16,7 - 59,9 detik	1 poin
> 60 detik atau tidak menyelesaikan	0 poin

Skor SPPB akhir = jumlah skor dari tiga tes di atas.

🔗 **Lebih detail tentang tes SPPB**

http://hdcs.fullerton.edu/csa/research/documents/sp-pbinstructions_scoresheet.pdf

Kapasitas Alat Gerak

Alur perawatan untuk memperbaiki mobilitas



A. Berdasi berdampingan

Bertahan 10 detik	1 poin
Tidak bertahan 10 detik	0 poin
Tidak dilakukan	0 poin

Jika tidak dilakukan, hentikan tes keseimbangan



B. Berdiri Semi Tandem

Bertahan 10 detik	1 poin
Tidak bertahan 10 detik	0 poin
Tidak dilakukan	0 poin

Jika tidak dilakukan, hentikan tes keseimbangan



C. Berdiri Tandem

Bertahan 10 detik	2 poin
Bertahan 3 - 9.99 detik	1 poin
Bertahan < 3 detik	0 poin
Tidak dilakukan	0 poin

5

Kapasitas Alat Gerak

Alur perawatan untuk memperbaiki mobilitas

★ SAAT PERAWATAN KHUSUS DIPERLUKAN (INFORMASI LEBIH LANJUT)

Perawatan khusus juga mungkin diperlukan untuk orang yang memiliki:

- rasa sakit persisten yang memengaruhi suasana hati atau area kerja lainnya
- penurunan fungsi yang signifikan pada fungsi sendi
- patah tulang setelah trauma minimal
- risiko keselamatan (lihat kotak di halaman sebelah)
- kebutuhan untuk bantuan memilih alat bantu yang sesuai untuk mobilitas.



NILAI MOBILITAS

Mobilitas dapat dinilai lebih lengkap dengan menilai kinerja seseorang pada tiga tes sederhana. Bersama, tes-tes tersebut dikenal sebagai Short Physical Performance Battery (SPPB)

Tes berdiri dari kursi adalah salah satu tes. Ini harus diulang setelah dua tes lainnya:

- **tes keseimbangan** - berdiri selama 10 detik di masing-masing posisi tiga kaki
- **tes kecepatan berjalan** - berapa lama untuk berjalan empat meter.

Skor pada setiap tes ditambahkan bersama-sama. Skor total yang lebih rendah berarti mobilitas terbatas. Alur tersebut menguraikan dua jalur berbeda untuk manajemen, tergantung pada skor total.

Informasi lebih lanjut tentang tes dan cara menilai mereka dapat ditemukan di halaman sebelumnya.



ATASI MOBILITAS TERBATAS

5

Kapasitas Alat Gerak

Alur perawatan
untuk memperbaiki
mobilitas

5.1 PROGRAM LATIHAN MULTIMODA

Bagi mereka yang memiliki keterbatasan mobilitas, program latihan multimoda harus dirancang sesuai dengan kapasitas dan kebutuhan individu

Proyek Vivifrail menawarkan panduan praktik untuk mengembangkan program latihan terancang khusus

<http://www.vivifrail.com/resources>

Program latihan multimoda untuk lansia dengan mobilitas terbatas dapat meliputi:

- **latihan kekuatan/resistensi**, yang membutuhkan otot untuk bekerja di bawah beban, menggunakan beban, band resistensi atau latihan beban tubuh seperti squat, lunge dan latihan duduk-ke-berdiri;
- **latihan erobik/cardiovascular endurance**, seperti jalan cepat atau bersepeda yang meningkatkan denyut jantung sampai orang tersebut sedikit kehabisan napas tetapi dapat mempertahankan percakapan;
- **latihan keseimbangan**, yang menantang sistem keseimbangan, termasuk latihan statis dan dinamis; dapat berkembang; dan
- **latihan kelenturan**, yang meningkatkan ekstensibilitas jaringan lunak, seperti otot, dan jangkauan sendi gerakan; contohnya adalah peregangan dan latihan yoga dan Pilates lainnya.

Nutrisi. Peningkatan asupan protein dan intervensi nutrisi lainnya dapat meningkatkan manfaat program latihan fisik. Lihat Bab 6 tentang malnutrisi. → 6

Keamanan latihan. Sebelum memberikan saran tentang latihan fisik atau merencanakan program latihan fisik, tanyakan tentang kondisi kesehatan yang akan memengaruhi waktu atau intensitas kegiatan.

Jika orang itu menjawab ya untuk salah satu dari pertanyaan berikut, profesional kesehatan yang terampil harus mengembangkan program latihan fisik yang dirancang khusus.

- *Pernahkah Anda mengalami rasa sakit dada saat istirahat?*
- *Pernahkah Anda mengalami serangan jantung dalam enam bulan terakhir?*
- *Apakah Anda pernah pingsan atau kehilangan kesadaran?*
- *Apakah Anda pernah jatuh dalam 12 bulan terakhir?*
- *Apakah Anda patah tulang dalam sebulan terakhir?*
- *Apakah Anda kehabisan napas melakukan aktivitas sehari-hari di rumah, seperti berpakaian?*
- *Apakah Anda memiliki penyakit sendi atau otot yang membatasi latihan fisik?*
- *Sudahkah penyedia layanan kesehatan memberi tahu Anda untuk membatasi latihan fisik?*

5

Kapasitas Alat Gerak

Alur perawatan untuk memperbaiki mobilitas

Mengatasi keterbatasan. Di mana rasa sakit membatasi mobilitas, mondar-mandir aktivitas fisik dalam potongan waktu yang dapat diatur dan perlahan-lahan meningkatkan tugas fisik membantu membangun ketahanan tubuh dan mengatasi rasa sakit. Untuk lansia dengan mobilitas yang sangat berkurang, Melakukan latihan fisik di tempat tidur atau duduk di atas akursi bisa menjadi titik awal. Untuk orang dengan keterbatasan dalam kognisi, seperti demensia, program latihan yang sederhana dan kurang terstruktur mungkin lebih cocok

5.2 DUKUNGAN UNTUK MANAJEMEN MANDIRI

Dukungan untuk manajemen diri meningkatkan kepatuhan dan manfaat dari program latihan multimodal. Orang yang skor SPPB-nya berada di kisaran 10-12 dapat melakukan latihan fisik di rumah dan di komunitas. Orang dengan keterbatasan mobilitas yang lebih parah mungkin memerlukan pengawasan dan bimbingan saat melakukan latihan fisik.

Buku pegangan WHO mobile health for ageing (mAgeing) menjelaskan bagaimana aplikasi ponsel dapat melengkapi kesehatan-peduli perawatan rutin para ahli dengan mendukung perawatan diri dan pengelolaan mandiri.

 Informasi lebih lanjut:
<http://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>

REKOMENDASI GLOBAL WHO UNTUK AKTIVITAS FISIK

Semua lansia dapat memperoleh manfaat dari saran tentang aktivitas fisik yang direkomendasikan untuk usia mereka, dengan mempertimbangkan kondisi kesehatan mereka. Kotak ini merangkum rekomendasi global WHO tentang aktivitas fisik untuk orang berusia 65 tahun ke atas.

- ✓ Sepanjang minggu, dapatkan setidaknya 150 menit aktivitas fisik erobik intensitas sedang atau setidaknya 75 menit aktivitas erobik intensif, atau kombinasi yang setara.
- ✓ Latihan fisik setidaknya 10 menit sekali.
- ✓ Untuk manfaat tambahan, lakukan latihan erobik intensitas sedang 300 menit per minggu atau 150 menit aktivitas erobik intensif per minggu, atau kombinasi yang setara.
- ✓ Lakukan aktivitas penguatan otot dua hari seminggu atau lebih.
- ✓ Jika mobilitas buruk, lakukan aktivitas fisik yang meningkatkan keseimbangan tiga hari seminggu atau lebih.
- ✓ Jika Anda tidak dapat melakukan latihan fisik sebanyak yang disarankan, menjadi aktif secara fisik sebanyak yang Anda bisa.

 Informasi lebih lanjut:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>



NILAI & ATASI KONDISI-KONDISI TERKAIT

5

Kapasitas Alat Gerak

Alur perawatan untuk memperbaiki mobilitas

5.3 POLIFARMASI

Beberapa obat dapat mengganggu mobilitas atau mengganggu keseimbangan namun terkadang tidak perlu atau tidak efektif untuk spesifik orang (8). Ini termasuk, tetapi tidak terbatas pada, hal-hal berikut:

- antikejang
- benzodiazepin
- hipnotik nonbenzodiazepin
- antidepressant trisiklik
- selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants
- antipsikosis
- opioid.

Menghilangkan obat-obatan yang tidak perlu, tidak efektif serta obat-obatan dengan efek duplikasi dapat mengurangi polifarmasi. **Jika ragu apakah obat dapat dihentikan dengan aman, rujuk ke tenaga spesialisik yang sesuai.**

5.4 RASA SAKIT

Nilai rasa sakit. Rasa sakit hebat yang terkait dengan gerakan dapat membatasi atau bahkan mencegah latihan fisik. Sangat membantu untuk menilai tingkat keparahan rasa sakit yang terkait dengan mobilitas, baik untuk membantu merancang program latihan maupun untuk mengatasi rasa sakit. Anda dapat memakai inventaris rasa sakit singkat: https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0015/212910/Brief_Pain_Inventory_Final.pdf

Atasi rasa sakit (9). Kondisi muskuloskeletal yang mengganggu mobilitas sering kali melibatkan rasa sakit yang berkelanjutan. Namun penyebab biologis khusus rasa sakit yang berkelanjutan jarang dirasakan. Oleh karena itu, pendekatan praktik terbaik untuk pengelolaan nyeri membahas beberapa faktor yang mungkin terkait dengan rasa sakit - faktor fisik (seperti kekuatan otot, rentang gerakan dan daya tahan), kesejahteraan psikologis, nutrisi, dan tidur. Di mana rasa sakit adalah penghalang yang signifikan untuk pergerakan dan aktivitas, seorang profesional kesehatan dengan pengetahuan khusus tentang manajemen rasa sakit harus mengembangkan rencana manajemen rasa sakit.

Intervensi rasa sakit meliputi:

- manajemen mandiri → 5.2
- latihan dan aktivitas fisik lainnya
- obat-obatan mulai dari parasetamol dan nonsteroid
- obat anti-inflamasi untuk gabapentin dan opioid
- terapi manual seperti pijat, manipulasi dan mobilisasi sendi
- terapi psikologis dan terapi perilaku kognitif (lihat Bab 9 tentang gejala depresi) → 9
- akupunktur
- injeksi tulang belakang / injeksi epidural
- radio frekuensi denervasi.

Beberapa intervensi ini dapat disediakan di tingkat di masyarakat. Bila diperlukan dapat dirujuk ke fasilitas tingkat lanjut

5

Kapasitas Alat Gerak

Alur perawatan untuk memperbaiki mobilitas

Penurunan kapasitas intrinsik dapat meningkatkan risiko jatuh. Lingkungan fisik dan cara berkegiatan juga dapat menjadi faktor penyebab.

Selain menilai lingkungan fisik, penilaian lengkap risiko jatuh, juga termasuk:

- mencatat riwayat jatuh, termasuk rincian kegiatan yang dilakukan;
- penilaian gaya berjalan, keseimbangan, mobilitas, dan otot dan fungsi dan fleksibilitas sendi;
- penilaian kekhawatiran jatuh, penglihatan, kognisi, status kardiovaskular dan neurologis, dan urgensi urin atau nokturia (bangun untuk buang air kecil di malam hari); dan
- tinjauan ulang obat-obatan untuk polifarmasi (lihat Bab 3 tentang menilai dan mengembangkan rencana).

Beberapa orang akan memerlukan penilaian dan pengelolaan lebih lanjut untuk masalah-masalah seperti sinkop (pingsan), epilepsi dan gangguan neurogeneratif seperti penyakit Parkinson.



NILAI & ATASI LINGKUNGAN SOSIAL DAN FISIK

Seseorang dengan mobilitas terbatas mungkin perlu bantuan untuk mengatasi kegiatan sehari-hari. Langkah pertama adalah menilai kebutuhan layanan sosial (lihat Bab 10). Kebutuhan layanan sosial khusus untuk lansia dengan kehilangan mobilitas dapat mencakup yang diungkapkan oleh penilaian lingkungan fisik mereka atau kebutuhan akan alat bantu. Program latihan dapat membantu mencegah jatuh.

★ 5.5 MENILAI LINGKUNGAN FISIK UNTUK MENGURANGI RISIKO JATUH

Penilaian lingkungan fisik mencakup melihat ke sekitar rumah untuk menemukan kemungkinan bahaya dan menawarkan saran. Contohnya termasuk mengurangi kekacauan, menghilangkan permadani yang longgar, menghaluskan gundukan lantai dan pijakan, memindahkan furnitur untuk membuat jalan lebar yang tidak terblokir, memperbaiki pencahayaan dan memperbaiki akses ke toilet, terutama di malam hari (misalnya dengan menambahkan pegangan di dinding). Tanjakan menuju pintu utama akan memudahkan orang yang menggunakan kursi roda dan lainnya dengan kesulitan untuk mendaki. Keterbatasan mobilitas khusus seseorang akan memandu adaptasi lingkungan apa yang paling penting.

Dengan pelatihan khusus, layanan atau penyedia fasilitas kesehatan primer berbasis masyarakat dapat menilai rumah seseorang. Jika kunjungan tidak memungkinkan, tenaga layanan kesehatan primer dapat memberikan instruksi umum, kepada lansia atau pengasuh tentang cara membuat lingkungan rumah yang lebih aman.

Penilaian penuh dan pengelolaan risiko jatuh membutuhkan pengetahuan khusus.

★ 5.6 PERTIMBANGKAN DAN SEDIAKAN ALAT BANTU

Lansia dengan keterbatasan mobilitas mungkin memerlukan alat bantu untuk bergerak. Alat bantu adalah perangkat yang tujuannya adalah menjaga atau meningkatkan kemampuan fungsional dan kemandirian individu untuk memfasilitasi partisipasi dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan (10). Ini termasuk tongkat, kruk, alat bantu jalan, kursi roda, dan perangkat prostetik atau orthotik. Pilihan mungkin dibatasi oleh ketersediaan dan biaya, tetapi seorang ahli kesehatan dengan pengetahuan terapi fisik, jika tersedia, dapat memberikan saran terbaik tentang pilihan perangkat yang sesuai dan instruksi tentang cara menggunakannya dengan aman.

6

Vitalitas

Alur perawatan untuk mengatasi malnutrisi



WHO menggunakan istilah vitalitas untuk menggambarkan faktor fisiologis yang berkontribusi pada kapasitas intrinsik individu. Ini mungkin termasuk keseimbangan energi dan metabolisme. Buku pegangan ini berfokus pada satu alasan utama penurunan vitalitas lansia - malnutrisi.

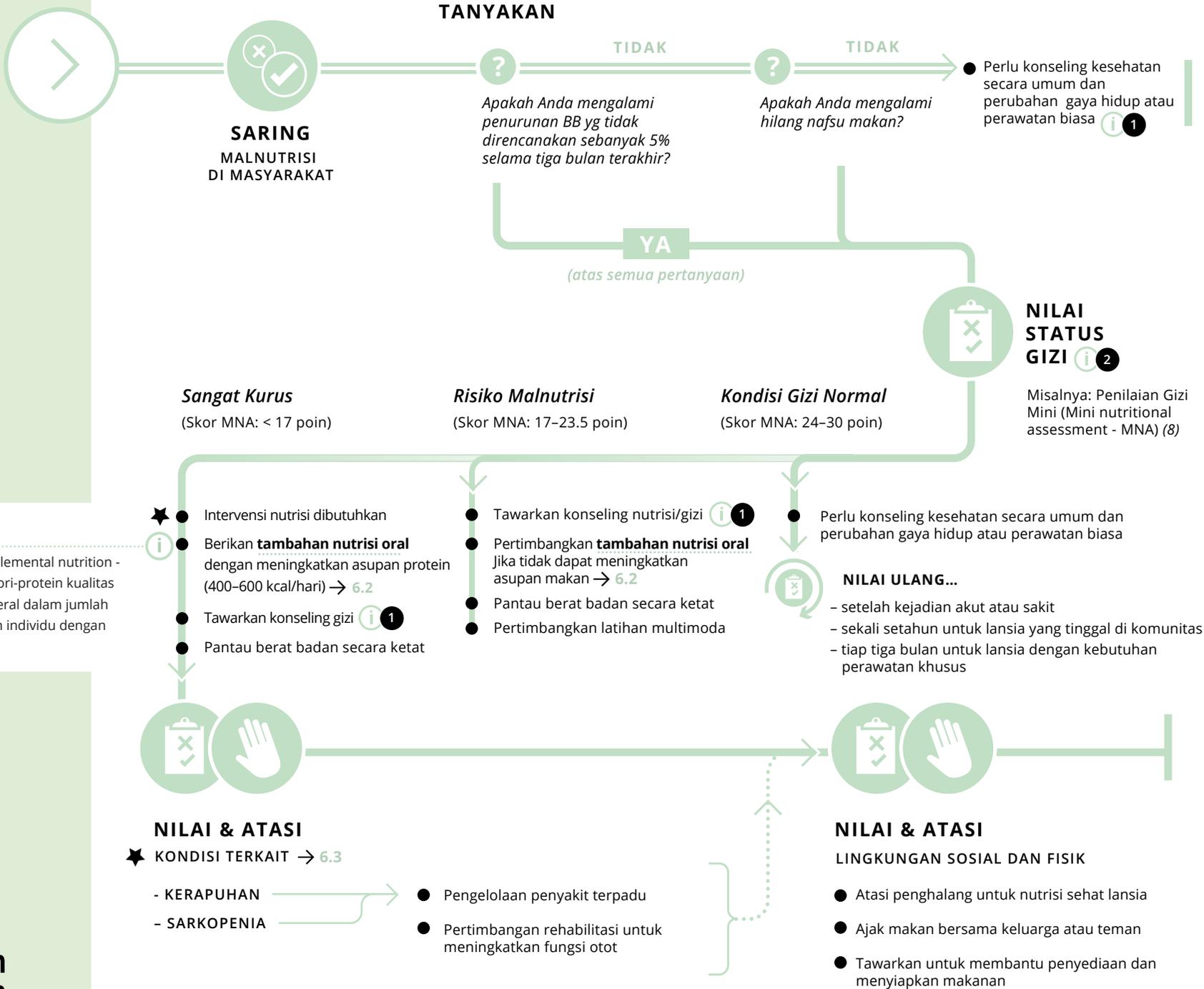
POIN PENTING

- Tenaga layanan kesehatan primer dapat dengan mudah melakukan penilaian skrining status gizi. Ini harus menjadi bagian dari penilaian kesehatan lansia mana pun. Penilaian lengkap status gizi memerlukan pengetahuan khusus dan terkadang tes darah.
- Nutrisi yang tidak memadai dan aktivitas fisik yang kurang menyebabkan hilangnya massa otot dan kekuatan.
- Diet seimbang dalam jumlah yang memadai biasanya menyediakan vitamin dan mineral yang diperlukan untuk orang tua, tetapi kekurangan vitamin D dan B12 sering terjadi.
- Malnutrisi tidak selalu berkaitan dengan penurunan berat badan karena pada lansia massa lemak lebih banyak dibandingkan massa otot, sehingga berat badan seolah-olah tetap.
- Aspek lain dari malnutrisi adalah obesitas, yang belum dibahas dalam panduan ini.

6

Vitalitas

Alur perawatan untuk mengatasi malnutrisi



★ Tambahan Nutrisi Oral

Tambahan nutrisi oral (Oral supplemental nutrition - OSN) menyediakan tambahan kalori-protein kualitas tinggi, kalori dan vitamin dan mineral dalam jumlah cukup dirancang untuk kebutuhan individu dengan keterbatasan rasa dan fisik

★ Membutuhkan perawatan khusus

i 1

SARAN PEMBERIAN NUTRISI

- Tenaga layanan kesehatan primer dapat memberikan saran pada lansia dan dapat mendorong pola makan sehat. Semua lansia dapat mengambil manfaat dari saran ini, termasuk mereka yang berisiko atau malnutrisi, baik mereka yang membutuhkan perawatan khusus atau tidak. Mengikuti diet yang baik lebih mudah bagi mereka yang mencatat apa yang mereka makan pada tabel setiap hari - baik saat makan maupun di antara waktu makan.
- Bantu orang untuk mengidentifikasi makanan tertentu yang tersedia secara lokal dan yang memberikan kalori cukup (karbohidrat), protein, dan zat gizi mikro seperti vitamin dan mineral. Anjurkan makanan ini dalam jumlah yang cukup.
- Karena penyerapan protein menurun dengan bertambahnya usia, anjurkan lansia mengonsumsi makanan yang mengandung protein. Direkomendasikan asupan protein 1,0-1,2 g per kg berat badan dianjurkan untuk lansia yang sehat. Seseorang yang pulih dari penurunan berat badan atau penyakit akut atau cedera memerlukan asupan protein hingga 1,5 g per kg berat badan. Fungsi ginjal perlu dipantau karena asupan protein tinggi dapat menyebabkan peningkatan tekanan intraglomerular dan hiperfiltrasi glomerulus.
- Anjurkan aktivitas fisik, yang memungkinkan protein masuk ke dalam sel otot dan meningkatkan selera nafsu makan.
- Anjurkan untuk mendapatkan paparan sinar matahari untuk membantu kulit memproduksi vitamin D. Vitamin D yang ada di dalam makanan tidak cukup bagi lansia untuk mempertahankan kadar optimal. Tes darah diperlukan untuk mengukur apakah kadar vitamin D seseorang memadai.
- Seringkali, lansia tidak cukup makan. Untuk membantu lansia makan lebih banyak, sarankan makan bersama keluarga dan sosial, terutama untuk lansia yang tinggal sendirian atau yang terisolasi secara sosial.

INGAT!

Tenaga perawatan kesehatan harus menginformasikan anggota keluarga dan/atau pengasuh, juga lansia.

KAPAN PENGETAHUAN KHUSUS DIBUTUHKAN

Tenaga dan fasilitas kesehatan umum berbasis masyarakat dapat menawarkan saran dan dukungan untuk membantu semua lansia untuk mempertahankan pola makan yang sehat. Lansia dengan atau berisiko tinggi malnutrisi membutuhkan penyedia layanan kesehatan dengan pengetahuan khusus untuk mencari penyebab dan faktor risiko dan untuk meresepkan rencana gizi yang berbasis individu.

Jika terindikasi, buat atau dapatkan penilaian lebih lanjut tentang kemungkinan kondisi yang dapat mendasari atau mengarah pada malnutrisi - bahkan jika status gizi saat ini tampaknya memadai. Tanda-tanda dari kemungkinan kondisi ini termasuk buang-buang air besar, penurunan berat badan yang cepat, nyeri mulut, nyeri atau kesulitan menelan, muntah kronis atau diare, dan nyeri perut.

i 2

NILAI STATUS NUTRISI

Perangkat yang baik tersedia untuk membantu penilaian kondisi nutrisi (11). Contoh:

- 🔗 Penilaian nutrisi mini (Mini nutritional assessment/ MNA) (8)
- 🔗 Penilaian risiko nutrisi (DETERMINE nutrition risk assessment) (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>)
- 🔗 Instrumen skrining universal malnutrisi (Malnutrition universal screening tool) (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)
- 🔗 Evaluasi risiko di tingkat komunitas untuk kuisioner makanan dan nutrisi bagi lansia (<https://www.flintbox.com/public/project/2750/>)
- 🔗 Short nutritional assessment questionnaire 65+ (SNAQ65+) (<http://www.ghmalnutrition.eu/tool-its-summary-screening-tools>).

6

Vitalitas

Alur perawatan untuk mengatasi malnutrisi

Alur perawatan pada halaman sebelah menggunakan **penilaian nutrisi mini (Mini nutritional assessment / MNA)**.

6

Vitalitas

Alur perawatan untuk mengatasi malnutrisi



NILAI STATUS NUTRISI

Sebagian besar perangkat penilaian gizi bertanya tentang:

- asupan makanan dan cairan
- penurunan berat badan baru-baru ini (sama dengan pertanyaan penemuan kasus)
- mobilitas
- tekanan psikologis atau penyakit akut baru-baru ini
- permasalahan psikologis
- situasi hidup

Juga mencatat:

- berat badan
- tinggi badan
- indeks massa tubuh (IMT – berat badan dalam kg/tinggi dalam m²)
- lingkaran lengan dan lingkaran betis.

KOMPOSISI MASSA TUBUH DAN PENUAAN

Biasanya setelah sekitar 70 tahun, massa otot dapat menurun, dengan efek penting dan berpotensi membahayakan vitalitas. Nutrisi dan latihan fisik yang tidak memadai menyebabkan hilangnya massa dan kekuatan otot.

Pada saat yang sama, massa lemak dapat meningkat. Berat badan mungkin menurun, atau mungkin tetap sama, menutupi kemungkinan perubahan berbahaya ini. **Oleh karena itu, orang yang kekurangan gizi mungkin telah kehilangan massa bebas lemak dan masih memiliki indeks massa tubuh (IMT) dalam kisaran normal atau bahkan kelebihan berat badan.**

Seorang non-spesialis terlatih dengan andal dapat menilai fungsi otot, dan kekurangan protein, dengan alat seperti dinamometer tangan untuk mengukur kekuatan genggam tangan. Alat ini mengukur seberapa keras seseorang dapat menggenggam alat tersebut dengan satu tangan. Kekuatan genggam tangan yang rendah menunjukkan perlunya latihan fisik dan diet yang mengandung lebih banyak protein.



ATASI MALNUTRISI PADA LANSIA

Gangguan sensorik (penurunan rasa dan bau), kesehatan mulut yang buruk seperti masalah mengunyah dan kesulitan menelan, isolasi, kesepian, pendapatan rendah dan kondisi kronis jangka panjang yang kompleks semua meningkatkan risiko kekurangan gizi pada lansia.

6.1 UNTUK LANSIA DENGAN MALNUTRISI

Lansia dengan risiko malnutrisi (misalnya, skor MNA 17-23,5) dapat memperoleh manfaat terapi gizi (lihat kotak di halaman 35). Seseorang yang berisiko mengarah pada malnutrisi sebaiknya juga ditawari intervensi gizi, untuk mencegah makin memburuknya status gizi.

6.2 UNTUK LANSIA DENGAN MALNUTRISI

Untuk lansia yang teridentifikasi malnutrisi (misalnya, skor MNA di bawah 17), intervensi gizi harus segera dimulai. Tenaga kesehatan tingkat primer dapat segera memberikan saran diet standar (lihat kotak di halaman 35). Secepat mungkin, tenaga kesehatan dengan pengetahuan khusus juga harus menawarkan saran diet dan, jika perlu, meresepkan tambahan nutrisi oral (lihat di bawah).

Intervensi harus menjadi bagian dari rencana perawatan komprehensif yang menangani faktor-faktor mendasar yang berkontribusi terhadap malnutrisi, bersama dengan intervensi lain yang membahas area kapasitas intrinsik lain, seperti mobilitas terbatas. Khususnya, asupan kalori dan protein yang memadai akan membuat program latihan fisik multimoda lebih efektif (lihat Bab 5 tentang keterbatasan mobilitas). → **5**

Tambahan Nutrisi Oral (TNO)

Tambahan nutrisi oral (TNO) memberikan tambahan protein berkualitas tinggi, kalori, dan vitamin dan mineral dalam jumlah cukup. Pengetahuan khusus diperlukan untuk mengembangkan rencana TNO yang disesuaikan dengan kebutuhan, selera, dan keterbatasan fisik individu. Penilaian memungkinkan untuk memilih metode suplementasi terbaik - baik melalui makanan kaya nutrisi, pil suplemen vitamin atau mineral atau melalui produk komersial khusus atau formulasi nutrisi

6

Vitalitas

Alur perawatan untuk mengatasi malnutrisi

6

Vitalitas

Alur perawatan untuk mengatasi malnutrisi

non-komersial. Tenaga kesehatan di masyarakat dapat mendukung dan memantau lansia tersebut mengambil TNO (lihat kotak).

Tambahan nutrisi oral harus diresepkan hanya jika lansia tidak dapat mengonsumsi kalori dan nutrisi yang cukup – dari makanan padat secara umum atau ketika TNO merupakan strategi sementara untuk meningkatkan asupan kalori dari makanan biasa.

Tes Darah

Tes darah menginformasikan rencana nutrisi yang berbasis individu. Tes darah dapat mengidentifikasi defisiensi vitamin dan mineral tertentu. Suplemen dapat mengatasi kekurangan ini. Sebagai contoh, tablet diperlukan untuk mengobati kekurangan vitamin D dan B12, yang umum terjadi.

POIN PENTING TENTANG TAMBAHAN NUTRISI ORAL (TNO)

- ✓ Dahulukan konsumsi makanan biasa. Tambahan nutrisi oral diberikan jika kebutuhannya mendesak untuk memperbaiki asupan dan makanan biasa harus dicoba terlebih dahulu.
- ✓ TNO penambah makanan. Seharusnya tidak menggantikan makanan biasa. Seseorang yang menggunakan TNO harus memahami kebutuhan untuk tetap makan sebaik mungkin.
- ✓ Lansia membutuhkan instruksi bagaimana cara mencampur TNO, berapa banyak yang harus diminum dalam sekali pemberian dan kapan harus meminumnya.
- ✓ TNO harus diminum di antara waktu makan, bukan pada waktu makan.
- ✓ Lansia sering membutuhkan dukungan dan dorongan yang berkelanjutan (dari anggota keluarga, perawat dan tenaga kesehatan) untuk tetap menggunakan TNO dan juga untuk tetap makan sebaik mungkin.
- ✓ Setelah beberapa saat, lansia mungkin bosan dengan rasa dan tekstur dari satu jenis TNO. Variasi dan perubahan rasa dari waktu ke waktu dapat membantu.
- ✓ Berat badan harus dipantau dan dicatat secara teratur.
- ✓ Idealnya, tujuannya adalah untuk menghentikan TNO setelah risiko malnutrisi telah selesai dan diet biasa memberikan nutrisi yang cukup.



NILAI & ATASI KONDISI-KONDISI TERKAIT

★ 6.3 SARKOPENIA AND KERENTAAN

Sarkopenia dan kerentaan (frailty) adalah kondisi yang dapat dikaitkan dengan kekurangan nutrisi. Perubahan gaya hidup, termasuk perbaikan nutrisi dan latihan fisik, dapat memperbaiki keduanya.

Sarkopenia. Istilah ini menggambarkan secara umum, peningkatan hilangnya massa otot, kekuatan dan fungsi. Hal ini dapat disebabkan oleh penyakit, malnutrisi atau kekurangan aktivitas fisik (misalnya, berbaring di tempat tidur dalam kurun waktu yang lama), atau mungkin tidak memiliki penyebab yang jelas dan mungkin terkait dengan proses penuaan.

Kerentaan (frailty). Kerentaan dapat mencakup penurunan berat badan, kelemahan otot, aktivitas fisik tingkat rendah, kelelahan dan kelambatan (misalnya, berjalan lambat). Kerentaan dapat terjadi karena tekanan fisik atau psikologis, seperti trauma, penyakit, atau kehilangan orang yang dicintai. Lansia dengan kerentaan dapat kehilangan kemampuan fungsional dan menjadi tergantung pada perawatan.



NILAI & ATASI LINGKUNGAN SOSIAL DAN FISIK

Pendamping lansia dan masyarakat dapat membantu mengatasi hambatan terhadap kesehatan gizi lansia. Misalnya, organisasi komunitas dapat menyelenggarakan kegiatan makan sosial bagi lansia.

Sebagai bagiannya, tenaga kesehatan masyarakat dapat memfasilitasi akses ke toko bahan makanan, akses untuk bantuan pengelolaan keuangan atau akses sumber dukungan pendapatan, dapat memfasilitasi bantuan dalam menyediakan makanan, atau mendapatkan makanan siap saji, seperti melalui layanan katering berbasis masyarakat

6

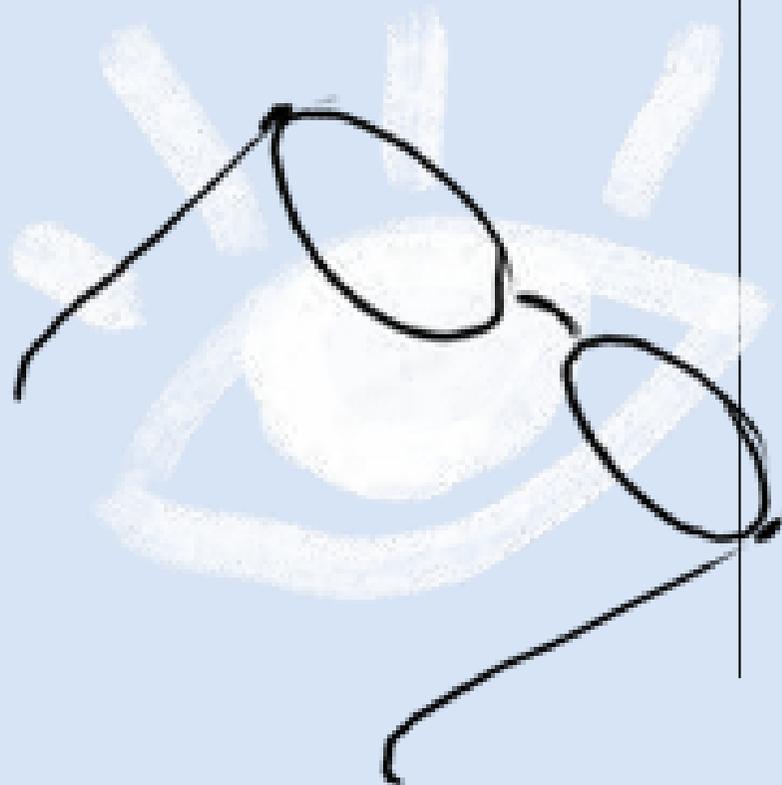
Vitalitas

Alur perawatan untuk mengatasi malnutrisi

7

Kapasitas penglihatan

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan visual



Penglihatan merupakan komponen penting dalam kapasitas intrinsik, memudahkan lansia untuk bergerak dan berinteraksi dengan aman dengan rekan-rekan dan lingkungannya. Beberapa penyebab gangguan penglihatan menjadi lebih umum pada penuaan: rabun dekat dan rabun jauh, katarak, glaukoma dan degenerasi makula.

Gangguan penglihatan dapat menyebabkan kesulitan dalam menjaga hubungan keluarga dan sosial lainnya, dalam mengakses informasi, bergerak dengan aman (terutama dalam konteks keseimbangan dan risiko jatuh) dan dalam menjalani tugas-tugas harian. Kesulitan seperti ini dapat mengakibatkan kecemasan dan depresi.

Penilaian penglihatan adalah komponen penting dalam penilaian terpusat pada individu.

POIN PENTING

- Dengan bagan mata sederhana, tenaga layanan kesehatan primer dan masyarakat dapat menguji kehilangan penglihatan yang signifikan.
- Banyak lansia dengan kehilangan penglihatan bisa mendapatkan perawatan atas kondisinya. Adalah penting untuk bertanya, menilai atau memverifikasi keberadaan penyakit mata yang sudah terjadi.
- Kacamata seringkali dapat memperbaiki kehilangan penglihatan dekat atau jauh.
- Alat bantu (kaca pembesar, teleskop) dapat mendukung lansia yang kehilangan penglihatan yang tidak dapat dikoreksi dengan kacamata.
- Di rumah dan komunitas, langkah-langkah sederhana seperti pencahayaan yang lebih baik dapat meningkatkan kemampuan fungsional lansia dengan kehilangan penglihatan.

7

Kapasitas penglihatan

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan penglihatan

Gagal dalam pandangan jauh **selalu** membutuhkan rujukan untuk perawatan yang komprehensif

GANGGUAN PENGLIHATAN (14)

Gangguan penglihatan jarak jauh:

- Ringan – ketajaman penglihatan lebih buruk dari 6/12
- Sedang – ketajaman lebih buruk dari 6/18
- Parah – ketajaman lebih buruk dari 6/60
- Kebutaan – ketajaman lebih buruk dari 3/60.

Gangguan penglihatan jarak dekat:

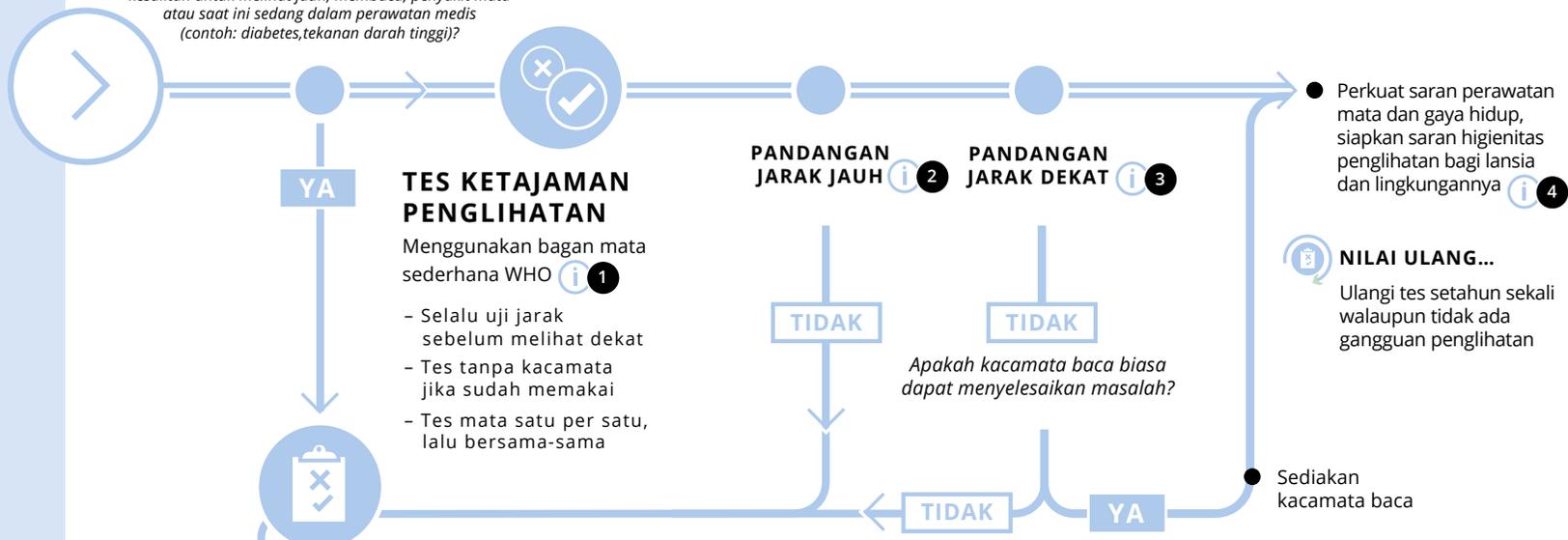
- Ketajaman penglihatan jarak dekat lebih buruk dari N6 atau M.08 dengan koreksi saat ini

★ Dibutuhkan perawatan spesialis



TANYAKAN

Apakah Anda memiliki masalah dengan mata Anda: kesulitan untuk melihat jauh, membaca, penyakit mata atau saat ini sedang dalam perawatan medis (contoh: diabetes, tekanan darah tinggi)?



★ NILAI GANGGUAN PENGLIHATAN DAN PENYAKIT MATA → 7.4

- Obati penyakit mata
- Atasi gangguan penglihatan
- Tinjau dan perbarui resep kacamata, atau tawarkan kacamata baru
- Pertimbangkan rehabilitasi mata, termasuk alat bantu penglihatan seperti kaca pembesar meja dan genggam → 7.5



NILAI DAN ATASI

KONDISI TERKAIT

- HIPERTENSI → **YA** ● Atasi faktor risiko kardiovaskular
- DIABETES → ● Rujuk ke spesialis mata untuk pemeriksaan retina tiap tahun
- PENGGUNAAN STEROID → ● Tinjau obat medis untuk menghindari dampak buruk pada mata → 7.9

★ NILAI & ATASI

LINGKUNGAN SOSIAL DAN FISIK

- Berikan saran tentang kehidupan sehari-hari bagi yang menderita penglihatan buruk
- Perkenalkan adaptasi rumah (pencahayaan, Mengkontraskan warna) untuk menghindari jatuh → 7.10
- Singkirkan rintangan dari jalur jalan yang biasa dilalui

KAPAN PENGETAHUAN KHUSUS DIBUTUHKAN

Jika lansia memiliki penyakit mata atau teridentifikasi memiliki penyakit mata, spesialis perawatan mata memutuskan frekuensi dan jenis pemeriksaan.

i 1

TES KETAJAMAN PENGLIHATAN DI LAYANAN PERAWATAN PRIMER

- Skrining sederhana untuk kehilangan pengelihatan harus dilakukan **setidaknya sekali dalam setahun untuk lansia berusia 50 tahun ke atas.**
- Skrining dapat dilakukan menggunakan **Bagan mata sederhana WHO** untuk menguji penglihatan jarak jauh dan dekat. Instruksi dimunculkan di sebelah kanan.
- Penyedia layanan kesehatan primer dapat melakukan skrining. Tidak dibutuhkan pelatihan formal untuk melakukan penilaian perawatan mata (13).
- Jika kacamata baca biasa dapat menyelesaikan masalah penglihatan seseorang, pemeriksaan komprehensif mungkin tidak dibutuhkan

i 4

HIGIENITAS PENGLIHATAN

Higienitas penglihatan melibatkan lingkungan dan lansia tersebut. Faktor-faktor dan perilaku lingkungan dapat memfasilitasi fungsi penglihatan (contoh, pencahayaan, kontras dan penggunaan warna) atau dapat merusak (misalnya, lamanya menonton media elektronik, penggunaan mata jarak dekat yang terlalu lama). Higienitas personal mencakup keseluruhan perilaku terhadap higienitas mata seperti sering mencuci tangan, tidak menggosok mata, menggunakan hanya sabun yang lembut untuk kelopak mata dan menghindari kosmetik mata.

i 2

TES PENGLIHATAN JARAK JAUH DENGAN BAGAN MATA SEDERHANA WHO

Tunjukkan secara dekat kepada lansia tersebut bagaimana melakukan tes E dengan menunjukkan arah titik E. Tes dari E kecil ke E besar.

1. **Tes dengan empat E kecil pada jarak 3 meter. 7.1**
Penglihatan 6/18 atau lebih baik jika arah setidaknya tiga dari empat E kecil terlihat (LULUS tes skrining penglihatan jarak jauh).

Jika tidak dapat melihat setidaknya tiga dari empat E kecil (GAGAL tes skrining penglihatan jarak jauh) membutuhkan penilaian gangguan penglihatan dan penyakit mata. Tes tambahan berikut dapat membantu untuk memperkirakan ketajaman penglihatan.

2. **Tes dengan empat E besar pada jarak 3 meter. 7.2**
Jika E terlihat, penglihatan adalah 6/60.

Jika tidak dapat melihat setidaknya tiga dari empat E kecil

3. **Tes dengan E besar pada jarak 1.5 meter. 7.2**
Jika setidaknya tiga dari empat E terlihat, penglihatan 3/60.

i 3

TES PENGLIHATAN JARAK DEKAT DENGAN BAGAN MATA SEDERHANA WHO 7.3

Biarkan orang tersebut memegang kartu tes penglihatan sedekat yang diinginkannya. Tes dari E terbesar ke terkecil.

Jika orang tersebut mengidentifikasi arah setidaknya tiga dari empat E terbesar, ia **LULUS** tes skrining penglihatan dekat.

Jika tidak, periksa apakah kacamata baca biasa akan membantu. Dengan kacamata baca, jika tidak dapat melihat setidaknya tiga E terbesar (**GAGAL** tes skrining penglihatan dekat), memerlukan penilaian gangguan penglihatan dan penyakit mata. Ukuran medium mirip dengan cetakan di buku. Ukuran terkecil mirip dengan cetakan terkecil di buku dan majalah (tidak perlu dilihat)

7

Kapasitas penglihatan

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan penglihatan



7

Kapasitas penglihatan

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan penglihatan



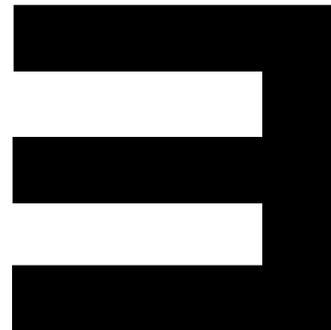
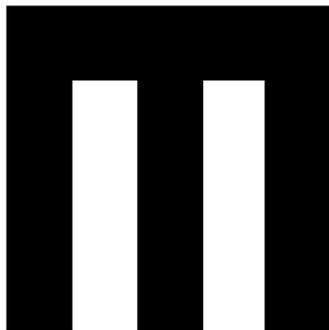
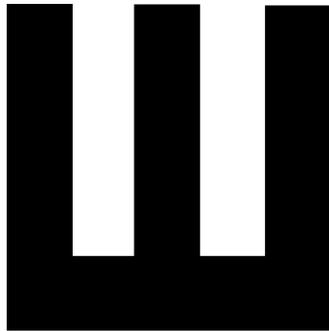
7.2 BAGAN MATA SEDERHANA WHO (EMPAT E KECIL UNTUK PENGLIHATAN JARAK JAUH)

- E kecil adalah 1,3 cm x 1,3 cm, dengan jarak masing-masing 1,3 cm
- E berwarna hitam pekat di kertas putih bersih.



7.2 BAGAN MATA SEDERHANA WHO (EMPAT E BESAR UNTUK PENGLIHATAN JARAK JAUH)

- E besar adalah 4,2 cm x 4,2 cm, dengan jarak masing-masing 4,5 cm
- E berwarna hitam pekat di kertas putih bersih.



Kapasitas penglihatan

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan penglihatan



7.3 BAGAN MATA SEDERHANA WHO (PENGLIHATAN JARAK DEKAT)

7

Kapasitas penglihatan

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan penglihatan





NILAI UNTUK GANGGUAN PENGLIHATAN DAN PENYAKIT MATA

7

Kapasitas penglihatan

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan penglihatan

7.4 NILAI GANGGUAN PENGLIHATAN DAN PENYAKIT MATA

- Kehilangan penglihatan yang tiba-tiba atau berkembang dengan cepat pada satu atau kedua mata membutuhkan pemeriksaan mata dan penglihatan dasar dan rujukan untuk perawatan mata khusus.
- Tenaga kesehatan di tingkat layanan primer dapat melihat mata lansia tersebut. Jika ada perubahan seperti mata merah, sekresi, bekas luka, nyeri yang berkelanjutan, intoleransi terhadap sinar matahari atau katarak, maka lansia harus diperiksa oleh dokter spesialis mata.
- Tenaga kesehatan di tingkat layanan primer dapat memeriksa mata untuk mengetahui tanda-tanda penyakit mata yang umum. Pemeriksaan ini umumnya tidak komprehensif dan memerlukan pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter spesialis mata. Jika kondisi mata yang tercantum di atas menetap, perawatan mata khusus dianjurkan.
- Kacamata baca membantu banyak lansia untuk melihat benda-benda dekat. Namun, bagi sebagian orang, kacamata baca bukanlah jawabannya. Misalnya, orang yang memiliki jarak pandang atau astigmatisme membutuhkan kacamata yang diresepkan oleh dokter spesialis mata setelah pemeriksaan.
- Pemeriksaan diagnostik standar oleh tenaga terlatih, menggunakan lampu celah untuk memeriksa mata secara rinci. Instrumen ini dapat digunakan, misalnya, untuk mendeteksi katarak dan dapat membantu memutuskan kebutuhan akan operasi. Pemeriksaan retina dan saraf optik membutuhkan instrumen lain dan terkadang mengambil gambar untuk mendeteksi perubahan dini dan memandu pengobatan yang dapat mencegah kehilangan penglihatan. Pemeriksaan retina secara berkala sangat penting bagi penderita diabetes.

★ Katarak

Katarak mengaburkan lensa mata, yang mencegah penglihatan yang jernih, seringkali terkait dengan proses penuaan. Katarak tetap menjadi penyebab utama kebutaan. Pengurangan merokok dan paparan sinar ultraviolet dapat mencegah atau menunda perkembangan katarak. Diabetes dan obesitas adalah faktor risiko lainnya.

Gangguan penglihatan dan kebutaan akibat katarak dapat dihindari karena operasi katarak aman dan dapat mengembalikan penglihatan.

7

Kapasitas penglihatan

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan penglihatan



ATASI GANGGUAN PENGLIHATAN

7.4 KACAMATA BACA

Banyak orang berusia 50 tahun ke atas mengalami kesulitan melihat atau membaca pada jarak pendek. Mereka sering mendapat manfaat dari menggunakan kacamata baca (juga disebut “pembaca”).

Kacamata baca sederhana tersedia dengan biaya rendah. Mereka sering tersedia dalam berbagai kekuatan pembesaran. Kacamata baca hanya membuat objek *close-up* tampak lebih besar. Ketika kacamata baca sederhana tidak menyelesaikan masalah, disarankan untuk melakukan pemeriksaan mata dan penglihatan yang komprehensif.

Jika memungkinkan, semua lansia yang berusia 50 atau lebih harus diperiksa oleh ahli perawatan mata secara berkala. Tes penglihatan membaca bukanlah pengganti untuk pemeriksaan komprehensif yang dilakukan oleh seorang dokter spesialis mata.

7.6 PENGLIHATAN RENDAH YANG TIDAK BISA DIobati

Banyak orang yang memiliki penglihatan rendah sehingga kacamata resep tidak dapat memperbaiki penglihatan mereka dengan baik. Bagi mereka, perangkat penglihatan bantu - kaca pembesar meja atau genggam - memberikan pembesaran yang lebih besar dari kacamata. Mereka dapat membuat tugas-tugas yang melibatkan penglihatan sedekat mungkin, seperti membaca buku atau koran, mengidentifikasi uang, membaca label dan memeriksa benda kecil atau bagian dari benda besar.

Tenaga kesehatan atau rehabilitasi tingkat masyarakat dapat membantu lansia untuk mendapatkan perangkat ini.

★ **Rehabilitasi penglihatan.** Seseorang dengan penglihatan rendah yang tidak dapat diobati akan mendapat manfaat dari layanan rehabilitasi visi komprehensif yang mencakup dukungan psikologis serta orientasi, mobilitas dan pelatihan dalam kegiatan kehidupan sehari-hari. Dokter spesialis mata dan rehabilitasi dapat melatih lansia, dengan penglihatan rendah, keterampilan yang dapat meningkatkan fungsi penglihatan - keterampilan seperti kesadaran, fiksasi, pemindaian, dan pelacakan. Keterampilan ini biasanya diperlukan untuk penggunaan kaca pembesar yang efektif, tetapi mereka dapat berguna dalam keadaan lain juga.



NILAI & ATASI PENYAKIT TERKAIT

7.7 HIPERTENSI

Hipertensi adalah faktor risiko penting untuk penyakit retina dan glaukoma.

7.8 DIABETES

Lansia dengan diabetes harus melakukan pemeriksaan mata oleh dokter spesialis mata setiap tahunnya untuk memeriksa retinopati diabetik.

7.9 PENGGUNAAN STEROID

Bagi beberapa lansia, terapi jangka panjang dengan steroid dapat meningkatkan tekanan bola mata (tekanan intraokular) atau menyebabkan katarak. Peningkatan tekanan ini dapat menyebabkan kehilangan penglihatan, yang melibatkan kerusakan pada saraf optik, dan dapat menyebabkan kebutaan jika tidak diobati. Siapa pun yang menjalani terapi steroid jangka panjang membutuhkan pemeriksaan mata dan tekanan mata secara teratur.

7

Kapasitas penglihatan

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan penglihatan

7

Kapasitas penglihatan

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan penglihatan



NILAI & ATASI LINGKUNGAN SOSIAL DAN FISIK

Ada banyak cara untuk membantu lansia dengan penglihatan rendah untuk menikmati fungsi yang lebih baik. Anggota keluarga dan caregiver dapat membantu. Adaptasi lokal dari panduan ini untuk menentukan di mana bisa mendapatkan alat bantu penglihatan dan cara mendapatkan layanan diperlukan tergantung pada tempat layanan.

7.10 ADAPTASI BAGI PENGLIHATAN RENDAH

Di luar penyediaan alat bantu penglihatan, perubahan sederhana dapat memungkinkan lansia dengan penglihatan rendah untuk mempertahankan aktivitas mereka dan, dengan demikian, mempertahankan kualitas hidup mereka. Perubahan dapat dilakukan di rumah dan di area pergerakan biasanya untuk membuat tugas-tugas biasa dan kegiatan-kegiatan rekreasi lebih aman dan mudah. Berikut ini adalah contohnya.

Perbaiki pencahayaan. Pencahayaan yang baik sangat penting khususnya bagi mereka dengan penglihatan dekat. Cahaya paling baik datang dari sisi orang tersebut (tanpa membuat bayangan).

Kurangi silau. Cahaya yang lebih terang biasanya lebih baik. Tapi cahaya matahari atau cahaya yang menyilaukan dapat mengganggu sebagian orang.

Pindahkan rintangan. Bahaya seperti furnitur dan benda-benda keras lainnya dapat dipindahkan dari jalur berjalan biasanya atau, jika perlu di sana, harus selalu dibiarkan di tempat yang sama.

Buat kontras. Kontras yang baik di dalam dan di antara objek membuatnya lebih mudah untuk dilihat, ditemukan atau dihindari. Contohnya adalah tanda kontras tinggi pada tepi langkah (terutama bagi lansia yang memiliki penglihatan hanya pada satu mata), piring berwarna sehingga makanan terlihat kontras, dan menggunakan pena hitam untuk menulis. Lansia dengan penglihatan rendah, anggota keluarga dan pengasuh dapat mewarnai gagang alat-alat rumah tangga dan dapur untuk membuatnya lebih terlihat dan lebih aman - misalnya, membungkus pegangan pisau dengan pita perekat berwarna cerah atau mengecatnya.

Gunakan jenis huruf yang paling mudah dibaca. Untuk bahan cetakan dan layar tampilan elektronik pada komputer dan telepon, besar, jenis huruf sans serif (seperti jenis dalam buku pegangan ini) yang menonjol dengan jelas dari warna latar yang sama akan adalah yang paling mudah dibaca.

Pilih objek rumah tangga dengan tipe lebih besar dan kontras yang baik. Seringkali ada produk yang tersedia di toko-toko yang menggunakan huruf dan angka yang lebih besar atau dengan kontras yang baik. Contoh produk yang menggunakan cara ini adalah jam dinding, jam tangan, dan buku cetak besar. Untuk rekreasi, permainan papan dan potongan yang besar, dan kartu bermain dengan cetakan dan simbol besar, misalnya, dapat dibeli atau dibuat.

Gunakan juga alat bantu pendengaran dan penglihatan. Banyak barang di toko sekarang memiliki kapasitas bicara, seperti jam tangan, termometer, dan timbangan yang bersuara. Banyak telepon seluler dan program komputer sekarang memiliki fungsi dari teks ke suara (text-to-speech).

8

Kapasitas pendengaran

Alur perawatan untuk mengatasi gangguan pendengaran



Gangguan pendengaran terkait usia mungkin dapat merupakan gangguan sensorik yang paling umum pada lansia. Gangguan pendengaran yang tidak diobati mengganggu komunikasi dan dapat menyebabkan isolasi sosial. Keterbatasan kapasitas lain, seperti penurunan kognitif, dapat memperburuk konsekuensi sosial ini. Gangguan pendengaran terkait dengan banyak masalah kesehatan lainnya, termasuk penurunan kognitif dan risiko demensia, depresi dan kecemasan, keseimbangan yang buruk, jatuh, rawat inap, dan kematian dini.

Oleh karena itu, menilai pendengaran merupakan bagian penting dari pemantauan kapasitas intrinsik lansia di tingkat masyarakat. Menilai pendengaran secara lebih mendalam juga merupakan bagian penting dari penilaian lengkap tentang kesehatan dan kebutuhan perawatan sosial lansia.

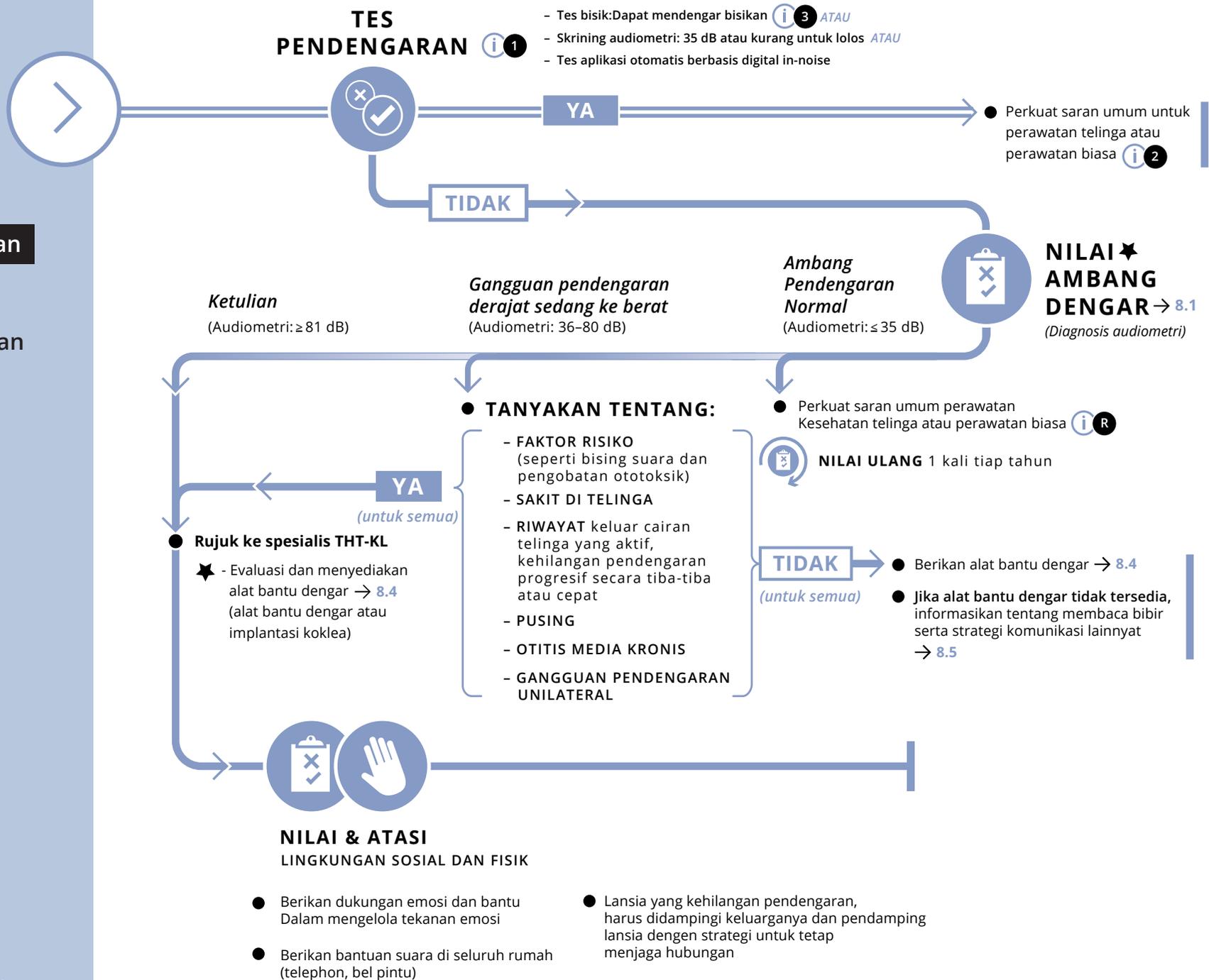
POIN PENTING

- Tenaga di FKTP dapat melakukan deteksi dini/skrining gangguan pendengaran dengan peralatan portabel sederhana atau tes suara bisikan.
- Tindakan sederhana di rumah dan masyarakat dapat mengurangi dampak gangguan pendengaran. Strategi komunikasi untuk mempermudah pendengaran termasuk berbicara dengan jelas, menghadapi lansia yang mengalami gangguan pendengaran saat berbicara, dan mengurangi kebisingan latar.
- Memperbaiki pendengaran itu sendiri melibatkan alat bantu dengar seperti alat bantu dengar dan implan koklea. Untuk menyediakannya, dibutuhkan pengetahuan dan peralatan khusus.

8

Kapasitas pendengaran

Alur perawatan untuk mengatasi kehilangan pendengaran



★ Dibutuhkan perawatan spesialis

KAPAN PERAWATAN KHUSUS DIPERLUKAN

- Evaluasi seseorang dengan gangguan pendengaran/tuli berat.
- Pemasangan alat bantu dengar.
- Mengatasi masalah mendasar yang menyebabkan atau berkontribusi terhadap gangguan pendengaran.

i 1

TES PENDENGARAN

Penilaian awal menggunakan satu dari tiga tes yang memungkinkan

TES BISIK

Tes bisik adalah alat skrining yang dapat membantu untuk menentukan apakah seseorang memiliki pendengaran normal atau membutuhkan audiometri diagnostik.

SKRINING AUDIOMETRI (15)

Deteksi dengan audiometri dapat digunakan apabila alat tersedia.

Skrining audiometri menyajikan nada melintasi spektrum bicara (500 hingga 4.000 Hz) pada batas atas pendengaran normal. Hasil dicatat sebagai lulus atau merujuk. Angka 35 dB atau kurang mengindikasikan pendengaran yang normal. Dengan pelatihan spesifik singkat, seorang non-spesialis dapat menguji pendengaran dengan peralatan ini secara akurat.

TES DIGIT IN-NOISE BERBASIS APLIKASI OTOMATIS

Tes digit in-noise berbasis aplikasi otomatis mandiri juga dapat digunakan untuk menentukan bila audiometri diagnostik dibutuhkan.

Tersedia dalam **aplikasi ponsel** – contoh:

🔗 **hearWHO:** <https://www.who.int/deafness/hearWHO>
(gratis, dalam bahasa Inggris)

🔗 **hearZA:** <https://www.hearza.co.za/> (gratis, dalam bahasa Inggris)

🔗 **uHear:** <http://unitron.com/content/unitron/nz/en/professional/practice-support/uhear.html> (gratis, untuk pengguna iPhone, dalam bahasa Inggris, Perancis, Jerman dan Spanyol)

Tersedia dalam **layanan berbasis web** – contoh:

🔗 from **HearCom:** http://hearcom.eu/prof/DiagnosingHearingLoss/SelfScreenTests/ThreeDigitTest_en.html (gratis, dalam bahasa Belanda, Inggris Jerman, Polandia dan Swedia).

i 2

SARAN UMUM UNTUK MERAWAT TELINGA

- **JANGAN** menaruh jari-jari kotor di telinga atau lupa mencuci tangan sebelum mengolah makanan, dan jangan makan dengan tangan kotor
- **SELALU** mencuci tanganmu setelah dari kamar mandi
- **JANGAN** berenang atau mencuci dengan air yang kotor
- **JANGAN** menaruh apapun di kupingmu:
 - minyak panas atau dingin
 - obat herbal
 - cairan seperti minyak tanah.

i 3

TES BISIK

- Berdiri sekitar satu lengan jauh di belakang dan ke satu sisi orang tersebut. Pemeriksaan dilakukan di ruang kedap suara
- Minta orang atau asisten untuk menutup telinga yang berlawanan dengan menekan tragus. (Tragus adalah proyeksi di depan dan sebagian menutupi pembukaan telinga.)
- Buang nafas dan perlahan bisikkan empat kata. Gunakan kata umum, yang tidak berhubungan.
- Minta orang itu mengulang kata-kata Anda. Kata-kata harus diucapkan satu per satu, dan tunggu jawaban masing-masing pada satu waktu. **Jika mengulangi lebih dari tiga kata dan Anda yakin bahwa dia dapat mendengar dengan jelas, maka orang tersebut kemungkinan memiliki pendengaran normal di telinga ini.**
- Pindah ke sisi lain dari orang tersebut dan uji yang lain telinga. Gunakan kata-kata yang berbeda.

Kapasitas pendengaran

Alur perawatan untuk mengatasi kehilangan pendengaran



Bisikan kata-kata yang biasa didengar Orang tersebut. Berikut contohnya:

- pabrik
- langit
- api
- nomor
- ikan
- sepeda
- taman
- kuning

8

Kapasitas pendengaran

Alur perawatan untuk mengatasi kehilangan pendengaran



NILAI KAPASITAS PENDENGARAN

★ 8.1 TIGA TES UNTUK PENILAIAN YANG KOMPREHENSIF

Penilaian pendengaran dapat melibatkan tiga tes dengan peralatan khusus - audiometer diagnostik untuk nada murni, dan audiometer tutur dan tympanometer untuk penilaian telinga tengah. Tes-tes ini dapat membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk rehabilitasi. Melakukan tes ini membutuhkan pelatihan khusus.

Audiometri nada murni. Audiometri nada murni (PTA) menguji kemampuan seseorang untuk mendengar suara dari berbagai frekuensi suara murni (nada). Terdiri dari memainkan rekaman suara lebih keras dan lebih keras sampai orang tersebut dapat mendengarnya - ambang pendengaran. Ini menguji konduksi udara dan konduksi tulang suara untuk menilai ambang pendengaran pada frekuensi dari 125 Hz (sangat rendah) hingga 8000 Hz (sangat tinggi). Tes ini membantu menentukan tingkat dan jenis gangguan pendengaran.

Audiometri tutur. Lansia mendapat manfaat dari tes tambahan - audiometri tutur. Dalam tes ini serangkaian kata-kata sederhana yang direkam sebelumnya dimainkan pada volume yang meningkat, dan orang tersebut diminta untuk mengulangi kata-kata itu ketika mereka mendengarnya. Tes ini memeriksa silang hasil PTA. Ini membantu untuk menentukan apakah pengenalan ucapan konsisten dengan hasil PTA, jika ada asimetri persepsi ucapan yang tidak diprediksi oleh PTA, atau mengidentifikasi telinga mana yang cocok dengan alat bantu dengar jika hanya satu alat bantu dengar yang dipasang.

Tympanometry. Yang terakhir, tympanometry menguji penyesuaian (atau mobilitas) gendang telinga. Tes ini dapat mendukung hasil audiometri suara murni dan ucapan untuk menentukan jenis masalah pendengaran.



ATASI GANGGUAN PENDENGARAN

8

Kapasitas pendengaran

Alur perawatan untuk mengatasi kehilangan pendengaran

Strategi komunikasi dan alat bantu dengar harus dipertimbangkan untuk mengatasi gangguan pendengaran.

Pendekatan terbaik dalam mengatasi gangguan pendengaran harus diputuskan berdasarkan penilaian lengkap dari kapasitas intrinsik seseorang. Setiap penurunan kognitif, setiap kehilangan kapasitas alat gerak atau kehilangan gaya gerak di lengan atau tangan, dan dukungan yang tersedia dari keluarga dan masyarakat semua harus dipertimbangkan.

8.2 LANSIA DENGAN GANGGUAN PENDENGARAN SEDANG SAMPAI PARAH

- Jelaskan kepada lansia dengan gangguan pendengaran dan keluarga mereka tentang manfaat perangkat bantu dengar seperti alat bantu dengar, ke mana mendapatkannya dan bagaimana menggunakannya. Setelah seseorang memiliki alat bantu dengar, tenaga kesehatan dapat mendukung dan mendorong penggunaannya.
- Audiometri saja tidak boleh menentukan apakah seseorang membutuhkan alat bantu dengar. Kebanyakan lansia dengan gangguan pendengaran mengeluh tentang kesulitan berkomunikasi ketika ada latar kebisingan. Seseorang harus dinilai untuk keseluruhan kebutuhannya sebelum menyarankan penggunaan alat bantu dengar.

- Berikan panduan yang jelas kepada lansia dengan gangguan pendengaran dan keluarga serta pendamping mereka tentang strategi komunikasi yang dapat meningkatkan kemampuan fungsional. → 8.5
- Berikan panduan yang jelas kepada lansia dengan gangguan pendengaran dan keluarga serta pendamping mereka tentang strategi komunikasi yang dapat meningkatkan kemampuan fungsional.
- Obat-obatan tertentu dapat menyebabkan kerusakan pada telinga bagian dalam, mengakibatkan gangguan pendengaran dan/atau kehilangan keseimbangan. Ini termasuk antibiotik seperti streptomisin dan gentamisin dan antimalaria seperti kina dan klorokuin. Obat lain juga dapat memengaruhi pendengaran. Mengurangi obat-obatan ini, jika mungkin, dapat mencegah gangguan pendengaran lebih lanjut. →

8.3 LANSIA DENGAN KETULIAN

Lansia dengan tingkat gangguan pendengaran yang tinggi (parah atau mendalam) atau yang tidak mendapat manfaat dari intervensi yang disebutkan di atas, akan membutuhkan perawatan pendengaran khusus seperti pemasangan alat pendengaran. **Menyediakan alat bantu dengar membutuhkan keterampilan khusus untuk pengujian, resep, dan pemasangan.**

★ Hal penting lain untuk perawatan pendengaran khusus

Kondisi yang mungkin mendasari gangguan pendengaran membutuhkan rujukan diagnosis dan tatalaksana spesialisik. Ini termasuk:

- rasa sakit di telinga
- otitis media kronis (infeksi telinga tengah)
- gangguan pendengaran progresif mendadak atau cepat
- pusing dengan gangguan pendengaran sedang hingga berat
- keluar cairan dari telinga yang aktif
- adanya faktor risiko seperti paparan bising dan minum obat yang bisa merusak pendengaran.

8

Kapasitas pendengaran

Alur perawatan untuk mengatasi kehilangan pendengaran

★ 8.4 ALAT PENDENGARAN

Alat bantu dengar. Alat bantu dengar biasanya merupakan teknologi terbaik untuk lansia dengan gangguan pendengaran. Alat bantu dengar membuat suara lebih keras. Mereka bisa efektif bagi kebanyakan orang, dan nyaman karena mereka dikenakan di dalam atau pada telinga. Penting untuk menjelaskan kepada lansia bahwa alat bantu dengar tidak menyembuhkan atau mengobati gangguan pendengaran.

Implan koklear. Implan koklear dapat bermanfaat bagi lansia dengan tingkat gangguan pendengaran yang sangat berat yang tidak mendapat manfaat dengan penggunaan alat bantu dengar. Implan koklea ditempatkan secara operasi di telinga. Itu mengubah suara menjadi impuls listrik dan mengirimkannya ke saraf telinga. Lansia harus dievaluasi dengan cermat untuk melihat apakah implan koklea akan membantu. Jika implantasi koklear tidak tersedia atau memungkinkan, lansia dan keluarganya harus diberi informasi dan dilatih dalam membaca bibir dan bahasa isyarat.

Loop induksi audio dan penguat suara pribadi.

Loop induksi audio dan penguat suara pribadi juga efektif. Loop induksi audio, atau loop pendengaran, adalah kawat atau kabel yang ditempatkan di sekitar ruangan (misalnya ruang pertemuan atau konter layanan). Kabel mengirim signal dari mikrofon dan penguat suara ke jenis alat bantu tertentu.

 Pedoman WHO alat bantu dengar dan pelayanannya bagi negara berkembang (The WHO Guidelines for hearing aids and services for developing countries) menawarkan panduan lainnya:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/3066>



NILAI & ATASI LINGKUNGAN SOSIAL DAN FISIK

Meminimalkan dampak gangguan pendengaran dapat membantu kemandirian dan mengurangi kebutuhan lansia dalam bergantung pada layanan masyarakat untuk kebutuhan hidup sehari-hari. Anggota keluarga, pendamping dan masyarakat lainnya semuanya dapat membantu.

Gangguan pendengaran sering menyebabkan tekanan psikologis dan isolasi sosial. Oleh karena itu, rehabilitasi pendengaran sekarang lebih menekankan pada pertimbangan psikososial, disesuaikan dengan tujuan lansia dan pengasuh mereka.

- Interaksi sosial yang teratur dapat mengurangi risiko penurunan kognitif, depresi dan konsekuensi emosional dan perilaku lainnya dari gangguan pendengaran. Pada saat lansia mengalami stress, jaringan dukungan sosial dapat membantu.
- Mitra dan anggota keluarga dapat membantu mencegah kesepian dan isolasi. Mereka mungkin perlu saran tentang cara melakukan ini. Misalnya, mereka harus selalu berkomunikasi dengan orang yang memiliki gangguan pendengaran dan mengatur kegiatan yang membuat orang tersebut terlibat dalam kegiatan sosial. Lihat kotak di sebelah kanan untuk saran dalam berbicara dengan lansia yang mengalami gangguan pendengaran. → 8.5
- Solusi lingkungan rumah dapat dengan menempatkan bel pintu dan telepon yang dapat di dengar di seluruh bagian rumah.

8.5 STRATEGI KOMUNIKASI UNTUK ANGGOTA KELUARGA DAN PENDAMPING LANSIA

Tenaga layanan kesehatan dapat memberi masukan kepada anggota keluarga dan pendamping untuk mengikuti latihan sederhana tertentu ketika berbicara dengan lansia yang mengalami gangguan pendengaran (14).

- ✓ Biarkan lansia melihat wajah Anda ketika Anda berbicara.
- ✓ Pastikan ada cahaya yang baik di wajah Anda untuk membantu pendengar melihat bibir Anda.
- ✓ Dapatkan perhatian orang tersebut sebelum Anda bicara.
- ✓ Cobalah untuk menghindari gangguan, terutama suara keras dan latar kebisingan.
- ✓ Berbicara dengan jelas dan lambat. Jangan berteriak.
- ✓ Jangan menyerah berbicara pada lansia dengan gangguan mendengar. Ini akan mengisolasi mereka dan dapat menyebabkan depresi.

Strategi ini sangat membantu apakah lansia membutuhkan alat bantu dengar atau tidak.

Kapasitas pendengaran

Alur perawatan
untuk mengatasi
kehilangan pendengaran

9

Kapasitas Psikologis

Alur perawatan untuk mengatasi gejala depresi



Istilah “gejala depresi” (atau suasana hati murung) berlaku untuk lansia yang memiliki dua atau lebih gejala depresi selama minimal dua minggu (hampir sepanjang hari atau setiap hari), tetapi tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis depresi berat. Gejala depresi pada lansia umumnya berlangsung kronis (jangka panjang) dan membuat tak berdaya, terisolasi sosial dan seolah menuntut pendamping lansia bertanggungjawab terhadap perawatan dirinya. Masalah-masalah ini harus dipertimbangkan sebagai bagian dari pendekatan komprehensif untuk mengatasi gejala depresi.

Gejala depresi merupakan aspek penting dari kapasitas psikologis, tetapi hanya satu dimensi. Ada aspek-aspek lain seperti kecemasan, karakteristik kepribadian, penyelesaian dan penguasaan masalah yang membutuhkan langkah-langkah kompleks.

Bab ini memberikan panduan untuk mencegah dan mengatasi gejala depresi pada lansia. Bimbingan lebih lanjut tentang intervensi untuk depresi dapat ditemukan dalam panduan intervensi mhGAP WHO, di laman <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

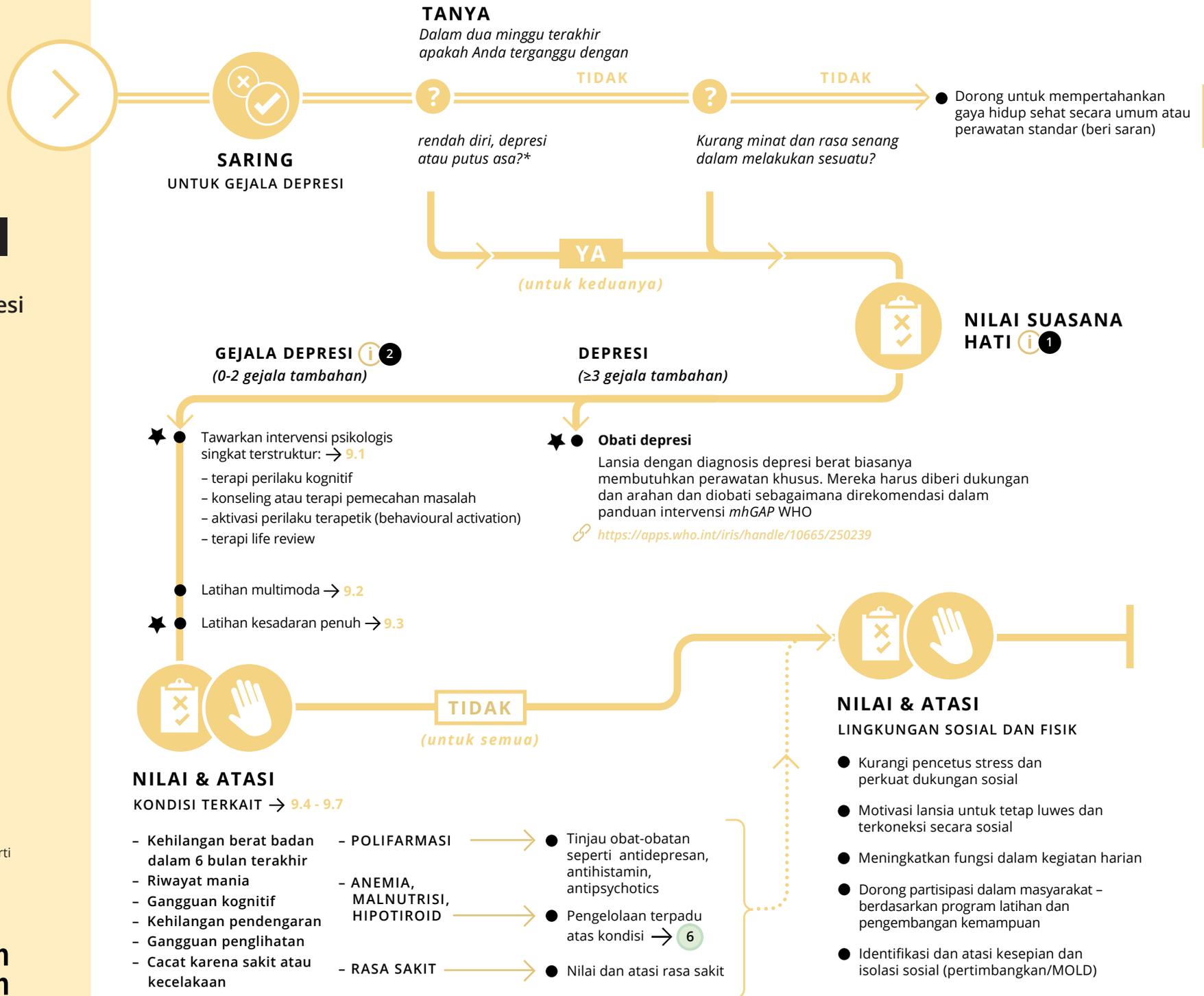
POIN PENTING

- Dengan mengajukan serangkaian pertanyaan, tenaga perawat di masyarakat dapat mengidentifikasi lansia yang memiliki gangguan depresi dan membedakan gejala depresi dari gangguan depresi.
- Dengan menggunakan intervensi psikologis singkat terstruktur, tenaga kesehatan terlatih dan diawasi dokter dapat membantu lansia dengan gejala depresi di masyarakat dan di fasilitas layanan kesehatan primer lainnya.
- Depresi membutuhkan pendekatan yang komprehensif dan biasanya pendekatan spesialisik untuk pemberian obat dan tatalaksana.
- Penurunan kapasitas kemampuan intrinsik lainnya, seperti pendengaran atau mobilitas, dapat mengganggu kemampuan fungsional, mengurangi partisipasi sosial dan berkontribusi pada gejala depresi.

9

Kapasitas psikologis

Alur perawatan untuk mengatasi gejala depresi



★ Membutuhkan perawatan khusus

* Lansia menggunakan berbagai istilah untuk suasana hati yang rendah, seperti sedih, depresi, "down"

i 1

NILAI SUASANA HATI

Jika seseorang melaporkan setidaknya satu dari gejala inti - merasa sedih, tertekan atau putus asa dan memiliki sedikit minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu - lakukan penilaian suasana hati lebih lanjut. Kata-kata pengganti dapat digunakan jika lansia tidak terbiasa dengan yang ada dalam dua pertanyaan skrining.

TANYAKAN:

*"Selama dua minggu terakhir, apakah Anda merasa terganggu dengan masalah berikut ini?"**

- Kesulitan tidur atau tetap tertidur atau terlalu banyak tidur.
- Merasa lelah atau memiliki sedikit energi.
- Nafsu makan yang rendah atau makan berlebihan.
- Merasa buruk tentang diri Anda atau bahwa Anda gagal atau bahwa Anda telah mengecewakan diri sendiri atau keluarga Anda.
- Kesulitan berkonsentrasi pada hal-hal seperti membaca koran atau menonton televisi.
- Bergerak atau berbicara begitu lambat sehingga disadari orang lain.
- Menjadi sangat gelisah atau lelah sehingga Anda merasa telah bergerak lebih banyak dari biasanya.
- Berpikir bahwa Anda akan lebih baik mati atau menyakiti diri Anda dalam beberapa hal.

* Pertanyaan-pertanyaan ini dapat ditemukan dalam Kuesioner Kesehatan Pasien (PHQ-9) (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf), yang merupakan salah satu alat untuk penilaian gejala depresi. Atau lihat bagian depresi dari panduan intervensi mhGAP, di laman <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

KAPAN PERAWATAN KHUSUS DIPERLUKAN

- Mengatasi depresi membutuhkan pendekatan yang lebih komprehensif dan biasanya pendekatan khusus untuk mengembangkan rencana perawatan berbasis individu
- Untuk mengatasi gejala depresi, tenaga kesehatan perlu pelatihan khusus tentang intervensi psikologis singkat terstruktur.
- Kondisi terkait tertentu, seperti hypothyroidism, membutuhkan diagnosis dan pengelolaan khusus.

i 2

GEJALA DEPRESI

Jika seseorang memiliki setidaknya satu gejala inti dan satu atau dua gejala tambahan, mereka mungkin memiliki gejala depresi. Jika seseorang memiliki lebih dari dua gejala, mereka mungkin memenuhi syarat untuk didiagnosis mengalami gangguan depresi. Penting untuk membedakan gejala depresi dari gangguan depresi karena perawatan mereka berbeda.

- Penurunan kognitif dan demensia dapat dikaitkan dengan gejala depresi dan harus dinilai juga. Lansia dengan demensia sering datang ke tenaga kesehatan dengan keluhan suasana hati atau masalah perilaku, seperti apatis, kehilangan kendali emosi, atau kesulitan melakukan pekerjaan biasa, kegiatan rumah tangga atau sosial.
- Pada saat yang sama, penurunan kapasitas intrinsik di area lainnya, seperti sensorik atau mobilitas, dapat mengurangi kemampuan fungsional dan partisipasi sosial, dan berkontribusi terhadap gejala depresi.
- Intervensi untuk penurunan komponen kapasitas intrinsik lainnya, seperti kognisi atau pendengaran, mungkin lebih efektif jika gejala depresi ditangani pada saat yang sama. Ini harus dipertimbangkan ketika mengembangkan rencana perawatan berbasis individu.

9

Kapasitas psikologis

Alur perawatan untuk mengatasi gejala depresi

9

Kapasitas psikologis

Alur perawatan untuk mengatasi gejala depresi

- ★ Ahli kesehatan dengan pelatihan kesehatan mental biasanya akan memberikan intervensi ini. Tenaga kesehatan masyarakat juga dapat memberikan intervensi-intervensi ini jika mereka terampil menggunakannya dan terlatih dalam masalah kesehatan mental lansia. Tidak ada bahaya telah dikaitkan dengan intervensi ini.



ATASI GANGGUAN DEPRESI

★ 9.1 INTERVENSI PSIKOLOGIS TERSTRUKTUR YANG SINGKAT

Intervensi psikologis terstruktur yang singkat, seperti terapi perilaku kognitif, pendekatan memecahkan masalah, aktivitas perilaku dan terapi tinjauan hidup cenderung dapat mengurangi gejala depresi pada lansia. Latihan multimodal dan latihan kesadaran penuh juga dapat mengurangi gejala depresi.

Banyak intervensi psikososial yang dapat digunakan, dengan ijin dan persetujuan lansia dan dengan mempertimbangkan kekhawatiran mereka, seperti kesulitan dalam memecahkan masalah. Latihan fisik harus dipertimbangkan, selain perawatan psikologis terstruktur, karena efek positif latihan fisik dalam Meningkatkan suasana hati (lihat Bab pada keterbatasan mobilitas). → 5

Resep untuk antidepresan oleh dokter umum tanpa pengetahuan khusus dalam kesehatan mental tidak dianjurkan.

Terapi perilaku kognitif

Terapi perilaku kognitif (*Cognitive behavioural therapy* - CBT) didasarkan pada gagasan bahwa perasaan dipengaruhi oleh keyakinan dan perilaku. Lansia dengan gejala depresi (atau terdiagnosis gangguan mental) mungkin memiliki pikiran negatif yang tidak realistis dan terdistorsi, jika tidak diperiksa, yang dapat menyebabkan perilaku berbahaya. Dengan demikian, CBT biasanya memiliki komponen kognitif - membantu lansia tersebut mengembangkan kemampuan untuk mengidentifikasi dan menantang pikiran negatif yang tidak realistis - serta komponen perilaku untuk meningkatkan perilaku positif dan mengurangi perilaku negatif. Langkah-langkah dapat mencakup (1) mengidentifikasi masalah dalam kehidupan seseorang, (2) menjadi sadar akan pikiran, emosi dan kepercayaan tentang masalah ini, (3) mengidentifikasi pemikiran negatif atau tidak akurat (4) dan membentuk kembali pemikiran ini menjadi lebih realistis.

Konseling atau terapi pemecahan masalah

Pendekatan pemecahan masalah harus dipertimbangkan bagi lansia dengan gejala depresi, yang dalam kesulitan atau yang memiliki beberapa derajat gangguan fungsi sosial (tanpa adanya peristiwa atau gangguan depresi yang didiagnosis). Terapi pemecahan masalah menawarkan dukungan langsung dan praktis kepada orang tersebut. Ahli kesehatan yang bertindak sebagai terapis dan lansia bekerja bersama untuk mengidentifikasi dan mengisolasi area masalah utama yang mungkin berkontribusi terhadap gejala depresi. Bersama-sama, mereka memecahnya menjadi tugas-tugas spesifik, yang dapat dikelola dengan pemecahan masalah dan dengan mengembangkan strategi koping untuk masalah tertentu.

Aktivasi Perilaku

Aktivasi perilaku adalah mendorong orang untuk berpartisipasi dalam kegiatan yang bermanfaat sebagai sarana untuk mengurangi gejala depresi.

Pendekatan ini dapat dipelajari lebih mudah daripada kebanyakan intervensi psikologis berbasis bukti lainnya. Pendekatan ini dapat dipelajari oleh non-spesialis dan akses terhadap penanganan gejala depresi dapat ditingkatkan. Intervensi ini merupakan intervensi serial yang dilakukan oleh spesialis. Namun, ada kemungkinan bahwa intervensi dapat dimodifikasi menjadi intervensi singkat dan disampaikan oleh tenaga kesehatan terlatih sebagai terapi tambahan atau sebagai langkah pertama dalam pendekatan komprehensif di layanan primer.

Terapi ulasan kehidupan

Terapi ulasan kehidupan (*Life review therapy*) melibatkan terapis yang membimbing lansia untuk mengingat dan mengevaluasi masa lalu mereka untuk mencapai rasa damai atau penerimaan tentang kehidupan mereka. Jenis terapi ini dapat membantu menempatkan kehidupan dalam perspektif dan bahkan memulihkan ingatan penting tentang teman dan orang yang dicintai. Terapi ulasan hidup dapat membantu untuk mengobati depresi pada lansia dan dapat membantu mereka yang menghadapi masalah akhir kehidupan. Terapis memusatkan terapi ulasan kehidupan pada tema kehidupan atau dengan melihat kembali periode waktu tertentu, seperti masa kanak-kanak, menjadi orang tua, menjadi kakek nenek atau masa bekerja.

9.2 LATIHAN FISIK MULTIMODAL

Program latihan yang disesuaikan dengan kemampuan fisik dan preferensi orang tersebut dapat mengurangi gejala depresi dalam jangka pendek dan mungkin dalam jangka panjang juga. Lihat Bab 5 tentang mobilitas terbatas. → 5

★ 9.3 PRAKTIK KESADARAN

Kesadaran terdiri dari pemberian perhatian kepada hal-hal yang terjadi di masa sekarang tanpa diganggu oleh serentetan pikiran-pikiran tentang masa lalu, masa mendatang, keinginan, tanggung jawab dan penyesalan. Pikiran-pikiran yang kemudian dapat menjadi spiral pada orang dengan gangguan depresi. Ada beberapa jenis praktik mindfulness. Cara yang umum dilakukan adalah duduk atau berbaring dengan tenang sambil memusatkan perhatian pada sensasi bernafas. Kesadaran dari pergerakan fisik – contohnya, selama yoga atau berjalan – juga membantu untuk beberapa orang.

9

Kapasitas psikologis

Alur perawatan untuk mengatasi gejala depresi



NILAI & ATASI KONDISI TERKAIT

Adanya kondisi berikut ini akan memerlukan pendekatan berbeda dari pengobatan untuk depresi diperlukan.

- **Kerugian besar dalam enam bulan terakhir.**
- **Riwayat mania.** Mania adalah peristiwa peningkatan suasana hati dan peningkatan energi dan aktivitas. Lansia yang mengalami peristiwa mania diklasifikasikan sebagai memiliki gangguan bipolar. Riwayat mania dapat diidentifikasi dengan memeriksa beberapa gejala yang terjadi secara bersamaan, berlangsung selama setidaknya satu minggu, dan cukup parah untuk mengganggu pekerjaan dan kegiatan sosial secara signifikan atau membutuhkan rawat inap atau kurungan (lihat panduan intervensi mhGAP https://www.paho.org/mhgap/en/bipolar_flowchart.html)
- **Penurunan kognitif.** Hubungan antara depresi dan penurunan kognitif itu kompleks. Studi epidemiologi telah lama mengaitkan depresi dengan perkembangan penyakit Alzheimer. Fungsi kognitif yang terkena depresi adalah perhatian, pembelajaran dan memori visual serta fungsi eksekutif. Depresi dapat menjadi respons psikologis terhadap kesadaran diri individu akan penurunan kognitif ringan yang belum dimulai mengganggu fungsi sehari-hari.
- **Gangguan pendengaran.** Lansia dengan gangguan pendengaran cenderung melaporkan rasa malu, cemas dan kehilangan harga diri, dan kecil kemungkinannya untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan aktivitas fisik, yang mengarah ke isolasi sosial dan kesepian, dan akhirnya depresi (15).
- **Gangguan penglihatan dan adanya penyakit mata yang berhubungan dengan usia utama seperti degenerasi makula terkait usia dan glaukoma** dikaitkan dengan peningkatan risiko depresi (16). Orang dengan fungsi penglihatan yang buruk sering melaporkan bahwa mereka merasa tidak bahagia, kesepian atau bahkan putus asa.
- **Reaksi terhadap kecacatan karena sakit atau cedera.** Depresi adalah kondisi sekunder yang umum pada orang dengan disabilitas. Orang yang mengalami kecacatan karena sakit dan cedera mengalami stres; mereka juga harus menghadapi transisi kehidupan. Tahapan penyesuaian ke bentuk baru kecacatan termasuk goncangan, penolakan, kemarahan/depresi dan penyesuaian/penerimaan. Lansia dengan disabilitas baru berisiko mengalami kecemasan dan depresi.

★ 9.4 POLIFARMASI

Polifarmasi dapat menyebabkan gejala depresi, dan gejala depresi dapat menyebabkan polifarmasi. Mengatasi polifarmasi serta gejala depresi adalah penting, untuk memutus lingkaran setan. Selain obat yang bekerja terutama pada sistem saraf pusat, obat-obatan dengan sifat psikotropika, seperti antihistamin dan antipsikotik, pelemas otot dan obat-obatan non-psikotropik lainnya dengan sifat antikolinergik dapat dikaitkan dengan gejala depresi. Menghilangkan obat-obatan yang tidak perlu dan tidak efektif serta obat-obatan dengan efek duplikasi mengurangi polifarmasi.

★ 9.5 ANEMIA, GIZI BURUK

Anemia dan malnutrisi dapat menyebabkan gejala depresi karena kekurangan zat besi, vitamin seperti folat, vitamin B6 dan vitamin B12. Gejala depresi juga dapat berperan dalam perkembangan anemia. Kehilangan nafsu makan dan kurangnya minat dalam melakukan kegiatan sehari-hari (seperti berbelanja dan memasak) dapat mengurangi kualitas dan kuantitas gizi lansia, memfasilitasi pengembangan anemia dan kekurangan gizi. Untuk mengelola gejala depresi, penting untuk mengelola anemia dan meningkatkan status gizi (lihat Bab 6 tentang gizi buruk). → 6

★ 9.6 HIPOTIROIDISM

Hipotiroidisme adalah kelainan umum pada lansia, terutama wanita. Gejala-gejala hipotiroidisme bisa tidak spesifik dan masing-masing orang bervariasi, tetapi mereka dapat termasuk gejala depresi. Hipotiroidisme harus dinilai dan diatasi oleh tenaga kesehatan dengan pengetahuan khusus.

★ 9.7 NYERI

Orang yang melaporkan nyeri kronis lebih sering memiliki gejala depresi. Penting untuk menilai dan menangani rasa sakit (lihat Bab 5 tentang keterbatasan mobilitas). → 5

9

Kapasitas psikologis

Alur perawatan untuk mengatasi gejala depresi



NILAI & ATASI LINGKUNGAN SOSIAL DAN FISIK

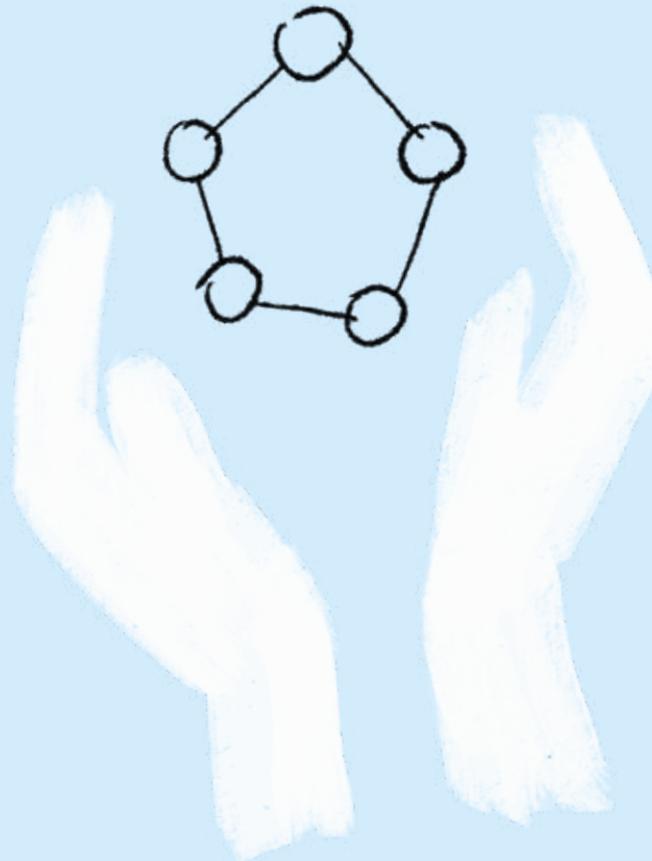
Kehilangan minat pada aktivitas yang sebelum ini menarik atau menyenangkan adalah tipikal dalam depresi. Anggota keluarga dan pendamping dapat menawarkan dorongan dan dukungan lembut untuk lebih banyak beraktivitas fisik dan lebih banyak terlibat secara sosial seperti program latihan berbasis masyarakat dan pengembangan keterampilan.

Jika lansia mengalami kehilangan kapasitas, seperti gangguan pendengaran atau keterbatasan kapasitas alat gerak, anggota keluarga dan pendamping dapat memberikan perhatian khusus untuk menghindari isolasi sosial. Isolasi sosial dapat menyebabkan gejala depresi. Pertimbangkan intervensi yang dibantu teknologi menggunakan telepon atau Internet untuk mengatasi kesepian.

10

Layanan dan dukungan sosial

Alur perawatan untuk layanan dan dukungan sosial



Bagi lansia dengan kehilangan kapasitas intrinsik yang signifikan, martabat seringkali hanya dimungkinkan dengan memberikan perhatian, dukungan, dan bantuan dari orang lain. Ketersediaan layanan dan dukungan sosial sangat penting untuk memastikan kehidupan yang bermartabat dan bermakna. Layanan dan dukungan sosial mencakup tidak hanya bantuan dengan kegiatan hidup sehari-hari (AKS) dan perawatan pribadi, tetapi juga memfasilitasi akses ke fasilitas masyarakat dan layanan publik, mengurangi isolasi dan kesepian, membantu dengan keamanan finansial, menyediakan tempat tinggal yang cocok, kebebasan dari pelecehan dan penyalahgunaan, dan partisipasi dalam kegiatan yang memberi makna hidup.

Orang yang paling tepat untuk bertanya tentang layanan sosial dan kebutuhan dukungan dapat berbeda berdasarkan pertanyaan. Jika lansia mengalami penurunan kognitif, pertanyaan tentang AKS dan keuangan mungkin paling baik ditanyakan kepada seseorang yang mengenalnya dengan baik, seperti anggota keluarga, pendamping atau teman.

POIN PENTING

- Berkurangnya kemampuan fungsional adalah hal yang umum di kalangan lansia, terutama di antara mereka yang kapasitas intrinsiknya menurun, tetapi itu tidak bisa dihindari.
- Tenaga kesehatan di tingkat masyarakat dapat menyaring hilangnya kemampuan fungsional dengan kuesioner sederhana.
- Intervensi yang disesuaikan dengan prioritas lansia dapat meningkatkan kemampuan fungsional.
- Intervensi yang efektif termasuk yang untuk meningkatkan kapasitas intrinsik, kemampuan fungsional dan penyediaan layanan dan dukungan sosial.

10

Layanan dan dukungan sosial

Alur perawatan untuk layanan dan dukungan sosial

NILAI KEBUTUHAN LAYANAN DAN DUKUNGAN SOSIAL

TANYAKAN

MAMBANTU DENGAN LAYANAN SOSIAL (BANTUAN PERSONAL)

- Nilai dan modifikasi lingkungan fisik untuk kompensasi kehilangan kapasitas intrinsik, memperbaiki mobilitas dan menghindari jatuh
- Pertimbangkan untuk menggunakan teknologi pendukung, alat bantu, pertolongan dan adaptasi
- Nilai dukungan dari pasangan, keluarga atau pendamping yang tidak dibayar lain, dan masukkan dalam penilaian kebutuhan pendamping
- Tinjau kebutuhan dukungan dari tenaga kesehatan yang dibayar
- Pendamping dan layanan harus tersedia, seperti layanan pendampingan berbasis rumah, penitipan lansia, rumah perawatan

YA

AJUKAN PERTANYAAN TAMBAHAN

Apakah Anda memiliki kekhawatiran tentang:

1. Keselamatan dan keamanan di tempat tinggal Anda?
2. Kondisi rumah Anda?
3. Lokasi rumah Anda?
4. Biaya untuk rumah?
5. Perbaikan dan perawatan rumah Anda?
6. Mempertahankan tetap hidup mandiri di tempat Anda?

YA

● Pertimbangkan:

- adaptasi rumah
- akomodasi alternatif
- rujuk ke lembaga kesejahteraan sosial atau program rumah kemasyarakatan atau jaringan pendukung yang ada

YA

AJUKAN PERTANYAAN TAMBAHAN/

1. Secara umum, bagaimana hasil keuangan Anda pada akhir bulan?
2. Apakah Anda dapat mengatasi uang dan urusan keuangannya?
3. Maukah Anda mendapatkan masukan tentang keuangan atau manfaat keuangan?

● Pertimbangkan:

- rujuk ke konsultan keuangan
- sarankan pendelegasian pengambilan keputusan keuangan dengan proteksi terhadap penyalahgunaan keuangan

YA

YA

Tinjau cara untuk meningkatkan:

- tutup koneksi sosial (pasangan, keluarga, teman, hewan peliharaan)
- gunakan sumber daya komunitas lokal (klub, kelompok kepercayaan, pusat-pusat penitipan, latihan fisik, liburan, edukasi)
- kesempatan untuk berkontribusi (pekerjaan sukarelawan, bekerja)
- konektivitas menggunakan teknologi komunikasi

TIDAK

AJUKAN PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK MENGIDENTIFIKASI HAMBATAN:

Anda tidak dapat melakukan karena:

1. biaya, 2. Jarak, 3. transportasi, 4. kurang ada kesempatan, 5. Lainnya?

- Sediakan daftar layanan kemasyarakatan lokal yang tersedia bagi lansia, seperti fasilitas liburan dan klub, penyedia pendidikan bagi orang dewasa, pekerjaan sukarelawan dan layanan pencari pekerjaan
- Anjurkan lansia untuk menggunakan layanan-layanan ini untuk meningkatkan partisipasi mereka

- A**
1. Apakah Anda memiliki kesulitan bergerak dalam ruang?
 2. Apakah Anda memiliki kesulitan menggunakan kamar mandi? (atau toilet)
 3. Apakah Anda memiliki kesulitan berpakaian sendiri?
 4. Apakah Anda memiliki kesulitan berendam atau mandi?
 5. Apakah Anda memiliki kesulitan menggunakan peralatan pribadi?
 6. Apakah Anda memiliki kesulitan makan sendiri?

7. Apakah Anda memiliki kesulitan dengan tinggal Anda (akomodasi)?

8. Apakah Anda memiliki kesulitan keuangan?

9. Apakah Anda merasa kesepian?

10. Apakah Anda dapat melakukan liburan impian, hobby, pekerjaan, bersukarelawan, mendukung keluarga Anda, kegiatan sosial atau spiritual yang penting bagi Anda?

11. Nilai risiko pelecehan

Informasi observasi berdasarkan perilaku lansia, pendamping atau relatif, dari tanda-tanda pelecehan fisik harus diidentifikasi berpotensi pada pelecehan **i 1**

- Jika ada ancaman langsung, rujuk pada spesialis penilaian melalui kerja sosial, perlindungan lansia, atau sistem perlindungan hukum

KAPAN PENGETAHUAN KHUSUS DIBUTUHKAN

Tenaga kesehatan harus tahu siapa lansia yang harus dirujuk untuk penilaian spesialis. Protokol akan bervariasi tergantung pada ketersediaan. Seorang kepala desa, kepala sekolah, bhikkhu atau pemimpin kelompok agama adalah contoh orang-orang yang dapat dianggap pantas bukan tenaga sosial di beberapa situasi. Mengingat bahwa layanan dan dukungan sosial terpadu membutuhkan dukungan berbagai dimensi, pertemuan rutin untuk menumbuhkan kepercayaan di antara para spesialis dan layanan menjadi penting. Berikut ini adalah contoh bidang keahlian dari berbagai spesialis yang terlibat dalam perawatan lansia.

- Kondisi kehidupan: layanan perumahan, pekerja sosial, terapis okupasi.
- Keuangan: pekerja sosial, layanan konsultasi manfaat.
- Kesendirian: pekerja sosial, layanan sukarela, dokter umum.
- Partisipasi: pekerja sosial, rekreasi, pekerjaan dan layanan sukarela.
- Pelecehan: pekerja sosial, perlindungan orang dewasa, layanan penegakan hukum.
- Kegiatan kehidupan sehari-hari: terapis okupasi, pekerja sosial, perawat atau tim spesialis lansia multi-disiplin.
- Mobilitas dalam ruangan: fisioterapis, terapis okupasi, pekerja sosial atau tim spesialis lansia multi-disiplin.
- Mobilitas luar ruang: fisioterapis, pekerja sosial, layanan transportasi sukarela.

1 TANDA-TANDA OBSERVASIONAL UNTUK KEMUNGKINAN PELECEHAN LANSIA

PERILAKU LANSIA

- Tampaknya takut terhadap kerabat atau pendamping profesional.
- Tidak ingin menjawab ketika ditanya, atau terlihat cemas pada pendamping/kerabat sebelum merespons.
- Perilaku berubah ketika pendamping/kerabat masuk atau keluar ruangan.
- Mengacu pada pendamping dalam istilah seperti “berkemauan keras” atau sering “lelah” atau “pemarrah”, atau menjadi mudah tersinggung/sangat cemas/sangat stres/mudah marah.
- Menunjukkan rasa hormat yang berlebihan atau rasa hormat yang ekstrem ke pendamping.

PERILAKU PENDAMPING/KERABAT

- Menghalangi atau mencegah profesional dan lansia berbicara secara pribadi, atau terus mencari alasan untuk mengganggu aliran wawancara penilaian (misalnya, berulang kali datang ke ruangan).
- Bersikeras menjawab pertanyaan yang sebaliknya ditujukan kepada lansia.
- Tempatkan rintangan dalam cara memberikan bantuan di rumah untuk lansia.
- Menunjukkan tingkat ketidakpuasan yang tinggi tentang keharusan merawat lansia.
- Berusaha meyakinkan para praktisi bahwa lansia itu “sinting” atau gila, atau lansia itu tidak tahu apa yang mereka katakan karena kebingungan, padahal ini bukan masalahnya.
- Bersikap bermusuhan, lelah atau tidak sabar selama wawancara, dan lansia sangat gelisah atau acuh tak acuh di hadapan mereka.

PELECEHAN FISIK

- Luka, luka bakar, memar dan goresan.
- Cedera yang tidak sesuai dengan penjelasan yang diberikan untuk mereka.
- Cedera yang tidak mungkin terjadi secara tidak sengaja.
- Luka dan luka di tempat tersembunyi.
- Memar yang berbentuk seperti jari akrobat penanganan yang kasar (seringkali lengan atas).
- Cedera di daerah yang dilindungi, mis. ketiak.
- Cedera yang tidak diobati.
- Banyak luka pada berbagai tahap penyembuhan.
- Obat tidak digunakan atau digunakan secara berlebihan.

10

Layanan dan dukungan sosial

Alur perawatan untuk layanan dan dukungan sosial



NILAI & ATASI KEBUTUHAN DUKUNGAN SOSIAL

10.1 NILAI DAN KELOLA PERAWATAN INDIVIDU DAN BANTUAN PERSONAL DENGAN AKTIVITAS HARIAN (BAGIAN A DARI ALUR)

Enam pertanyaan digunakan untuk menilai apakah seseorang telah mencapai titik tidak bisa lagi mengurus diri sendiri tanpa bantuan orang lain. Lansia dengan kehilangan kapasitas intrinsik yang signifikan akan mendapat manfaat dari penilaian ini.

Bepergian di dalam ruangan mencakup sejumlah kegiatan, seperti bergerak dari tempat tidur ke kursi, berjalan, sampai ke kamar mandi dan menggunakannya, dan mengatasi tangga. Keterbatasan mobilitas menyebabkan meningkatnya risiko dan kebutuhan akan perawatan pribadi. Berpakaian, makan, mandi, dan merawat adalah AKS. Tidak dapat melakukan AKS mengarah pada kebutuhan akan perawatan pribadi. Banyak lansia tidak ingin bergantung pada orang lain untuk membantu dengan AKS, lebih memilih untuk dapat mengatasinya sendiri.

Lansia yang mengalami kesulitan dengan AKS dan/atau masalah mobilitas mendapat manfaat dari program rehabilitasi. Program ini dapat difokuskan pada peningkatan kapasitas tetapi juga dapat mencakup teknologi pendukung dan adaptasi lingkungan untuk mengoptimalkan kemampuan fungsional meskipun ada

keterbatasan dalam kapasitas intrinsik. Layanan angkutan dapat disediakan untuk membantu dengan mobilitas luar ruangan. Jika kesulitan tetap ada, dukungan dari pasangan, keluarga dan pendamping yang tidak dibayar harus ditinjau, termasuk pertimbangan kebutuhan mereka sendiri. Jika dukungan lebih lanjut diperlukan, layanan perawatan di rumah sukarela, swasta atau publik harus disediakan.

10.2 NILAI DAN KELOLA KEBUTUHAN DUKUNGAN SOSIAL (BAGIAN B DARI ALUR)

Terlepas dari tingkat kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional, penilaian kebutuhan dukungan sosial akan menguntungkan lansia. Memberikan dukungan sosial memungkinkan lansia untuk melakukan hal-hal yang penting bagi mereka. Ini termasuk dukungan untuk kondisi kehidupan mereka, keamanan finansial, kesepian, akses ke fasilitas komunitas dan layanan publik, dan dukungan terhadap pelecehan lansia.

B7 KONDISI HIDUP

Tempat tinggal lansia dapat memengaruhi kesehatan, kemandirian, dan kesejahteraan mereka. Masalah dapat berhubungan dengan banyak hal, termasuk ukuran tempat, akses, kondisi, keselamatan dan keamanan. Pertanyaan pelengkap dapat membantu mengidentifikasi bidang-bidang tertentu untuk diatasi.

Masalah dengan kondisi kehidupan dapat dikurangi dengan memperkenalkan langkah-langkah keamanan baru, meminta nomor untuk dihubungi jika terjadi keadaan darurat dan membuat adaptasi untuk mempertahankan kehidupan yang mandiri. Manfaat finansial mungkin tersedia untuk membantu biaya akomodasi, dan untuk perbaikan dan pemeliharaan. Jika semuanya gagal, pindah ke akomodasi yang lebih cocok harus dipertimbangkan.

B8 KEUANGAN

Sumber daya keuangan sangat terkait dengan kesehatan, kemandirian dan kesejahteraan di usia lanjut. Masalah dapat mencakup memiliki terlalu sedikit uang untuk memenuhi kebutuhan dasar atau untuk berpartisipasi penuh dalam masyarakat, dan lansia dapat khawatir bahwa uang akan habis atau bahwa mereka akan menjadi tidak mampu mengelola keuangan mereka. Pertanyaan lebih lanjut dapat membantu mengidentifikasi area spesifik yang perlu ditangani.

Masalah keuangan dapat dikurangi melalui saran independen tentang perencanaan keuangan dan manajemen keuangan. Pengaturan dapat dilakukan untuk kewenangan yang dilimpahkan kepada pihak ketiga yang tepercaya untuk mengelola keuangan, asalkan ada perlindungan hukum untuk mencegah penyalahgunaan keuangan.

B9 KESEPIAN

Kesepian biasa terjadi pada usia lanjut dan dikaitkan dengan peningkatan kecenderungan depresi dan kematian dini. Lihat Bab 9 untuk panduan skrining untuk gejala depresi. Sendirian tidak sama dengan kesepian – lansia bisa kesepian bahkan ketika dikelilingi oleh orang lain, jika kualitas hubungannya buruk.

Sangat membantu untuk menanyakan kepada lansia kesepian apakah peningkatan kontak sosial dengan keluarga dan teman, atau bertemu orang lain dengan minat yang sama, akan membantu mengurangi rasa kesepian mereka. Tetapi ketika bertanya kepada lansia apakah peningkatan kontak dapat membantu, yakinkan mereka bahwa pertanyaan itu bersifat pribadi, untuk membantu mengatasi ketakutan apa pun tentang mengungkapkan sifat hubungan pribadi.

Memiliki hewan peliharaan mengurangi kesepian bagi banyak lansia. Penggunaan fasilitas komunitas lokal seperti klub, kelompok agama, pusat kegiatan sehari-hari dan latihan fisik, rekreasi atau layanan pendidikan harus didorong. Mungkin ada peluang untuk berkontribusi melalui kerja sukarela atau pekerjaan berbayar. Koneksi sosial dapat ditingkatkan melalui teknologi komunikasi. Tinjauan umum dari langkah-langkah ini untuk memerangi kesepian harus dilakukan. Penilai harus menyadari berbagai macam aset lokal.

10

Layanan dan dukungan sosial

Alur perawatan untuk layanan dan dukungan sosial

B10 KETERLIBATAN DAN PARTISIPASI SOSIAL

Tujuan dari pendekatan ICOPE adalah untuk membantu lansia untuk melakukan hal-hal yang penting bagi mereka. Sangat membantu untuk mengetahui apa yang penting bagi lansia melalui pemahaman tentang kehidupan, prioritas, dan preferensi, karena dimungkinkan untuk menemukan cara untuk meningkatkan partisipasi.

Kegiatan rekreasi, hobi, bekerja, belajar, dan kegiatan spiritual adalah contoh partisipasi dalam masyarakat. Setiap lansia adalah unik dan akan memiliki prioritas yang berbeda, seringkali sangat spesifik, untuk apa yang penting bagi mereka. Anda harus bertanya dan mencatat ini sebagai panduan untuk rencana perawatan berbasis individu.

Pertanyaan lebih lanjut harus diajukan untuk mengidentifikasi hambatan seperti biaya, aksesibilitas, dan peluang. Penilai harus mengetahui tentang ketersediaan fasilitas dan klub rekreasi lokal, penyedia pendidikan orang dewasa, layanan sukarela dan layanan konsultasi ketenagakerjaan, dan membahas apakah ini mungkin menarik bagi lansia. Transportasi mungkin merupakan masalah penting, dan layanan mungkin tersedia untuk meningkatkan akses. Biaya untuk beberapa layanan ini mungkin disubsidi untuk memungkinkan lansia dan mereka yang berpenghasilan lebih rendah untuk berpartisipasi.

B10 KETERLIBATAN DAN PARTISIPASI SOSIAL

Banyak lansia yang tergantung pada perawatan rentan terhadap pelecehan, dan sekitar satu dari enam lansia mengalami beberapa bentuk pelecehan, angka yang lebih tinggi dari perkiraan sebelumnya (20). Kekerasan dapat terjadi dalam berbagai bentuk, termasuk pengabaian, penganiayaan psikologis, penganiayaan fisik, penganiayaan seksual dan penganiayaan keuangan.

Informasi pengamatan berdasarkan perilaku lansia, perilaku pendamping atau kerabat mereka, atau tanda-tanda pelecehan fisik harus digunakan untuk mengidentifikasi potensi pelecehan.  1 Jika ada saran pelecehan, penilaian spesialis dan manajemen akan diperlukan. Anda harus memberi tahu lansia bahwa Anda memiliki kekhawatiran dan akan meminta bantuan spesialis. Anda harus mencatat kekhawatiran Anda dan bahwa Anda telah memberi tahu lansia tentang rujukan untuk bantuan spesialis. Jika Anda mengidentifikasi ancaman langsung, Anda harus merujuk untuk penilaian spesialis melalui pekerjaan sosial, perlindungan lansia atau sistem penegakan hukum.

11

Dukungan pendamping

Alur perawatan untuk dukungan pendamping



Ketika penurunan kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional membuat seseorang bergantung pada orang lain untuk perawatan, pengasuhan sering terjadi pada pasangan, anggota keluarga lain atau orang lain dalam rumah tangga. Bergantung pada kebutuhan lansia, beban memberikan perawatan dapat membahayakan kesehatan pendamping.

Seorang tenaga kesehatan atau sosial di masyarakat dapat memantau kesejahteraan pendamping dan cobalah untuk melihat bahwa pendamping mendapatkan layanan untuk kesehatan mereka sendiri dan mendapatkan bantuan dalam memberikan perawatan lansia.

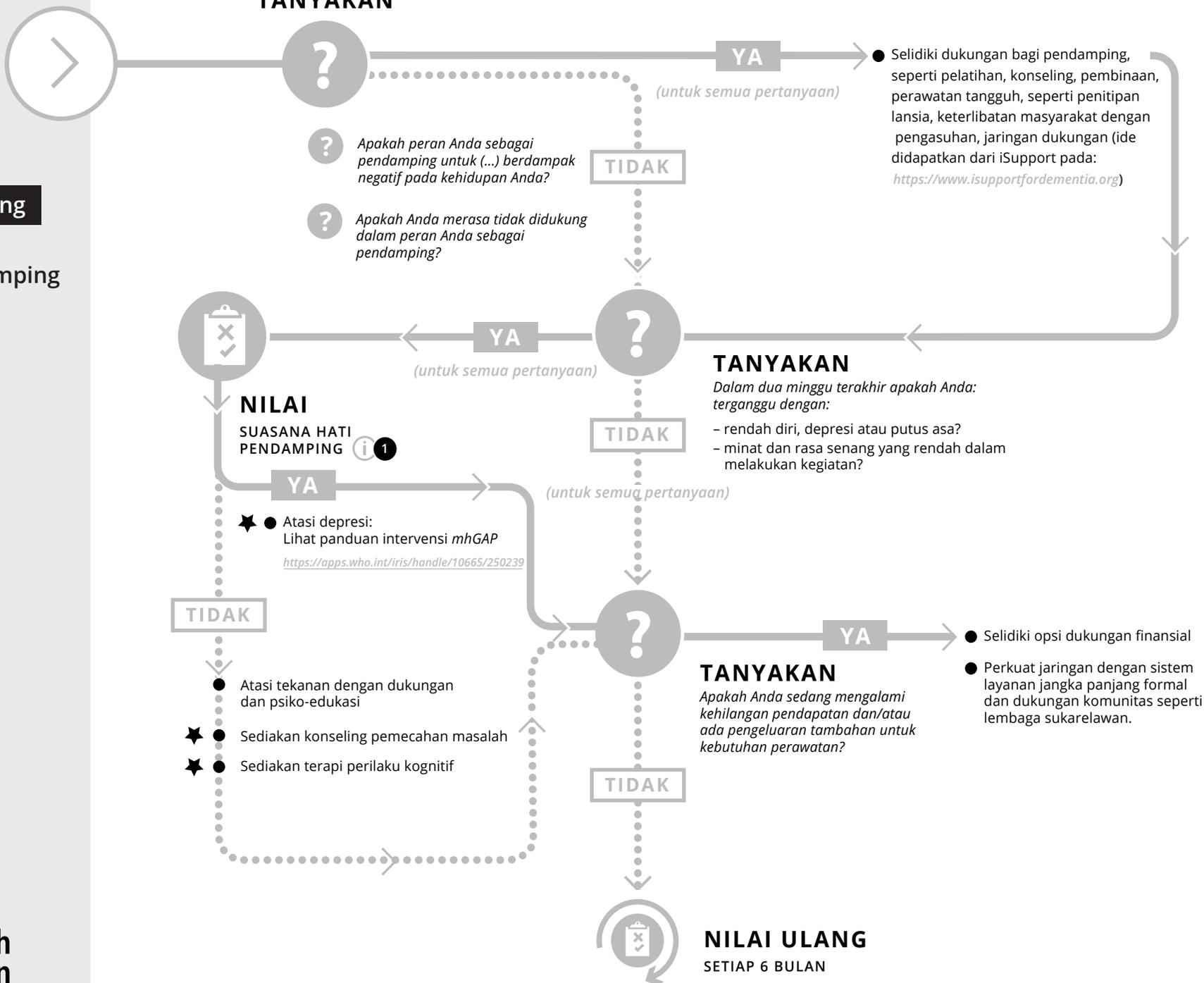
POIN PENTING

- Beban dan stres dalam merawat lansia dengan kehilangan kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional yang signifikan dapat mengganggu kesehatan anggota keluarga dan teman-teman yang melayani sebagai pendamping. Juga bisa jauhkan mereka - khususnya wanita - dari angkatan kerja berbayar.
- Menemukan pengasuh yang membutuhkan bantuan adalah bagian penting dari mengidentifikasi lansia dengan penurunan kapasitas.
- Berbagai intervensi - perawatan respite, saran, edukasi, dukungan finansial dan psikologis - dapat mendukung pengasuh untuk mempertahankan hubungan perawatan yang memuaskan dan sehat.
- Kadang-kadang, hubungan peduli menjadi kasar. Seorang petugas kemasyarakatan dapat melihat tanda-tanda pelecehan selama penilaian lansia atau pendamping. Pada titik ini, rujukan spesialis diperlukan.

11

Dukungan pendamping

Alur perawatan untuk dukungan bagi pendamping



★ Perawatan spesialis dibutuhkan

KAPAN PENGETAHUAN KHUSUS DIBUTUHKAN

- Untuk mengatasi depresi.
- Menawarkan konseling pemecahan masalah atau terapi perilaku kognitif kepada pendamping dengan gejala depresi.
- Ketika dicurigai hubungan yang kasar.



NILAI SUASANA HATI PENDAMPING

Jika seseorang melaporkan setidaknya satu dari gejala inti - merasa sedih, tertekan atau putus asa dan memiliki sedikit minat atau kesenangan dalam melakukan sesuatu - lakukan penilaian suasana hati lebih lanjut. Kata-kata alternatif dapat digunakan jika lansia tidak terbiasa dengan hal-hal yang ada di dalam dua pertanyaan skrining.

TANYAKAN: *"Selama dua minggu terakhir, apakah Anda merasa terganggu dengan masalah berikut ini?"**

- Kesulitan tidur atau tetap tidur, atau terlalu banyak tidur.
- Merasa lelah atau memiliki sedikit energi.
- Nafsu makan yang rendah atau makan berlebihan.
- Merasa buruk tentang diri Anda atau bahwa Anda gagal atau bahwa Anda telah mengecewakan diri sendiri atau keluarga Anda.
- Kesulitan berkonsentrasi pada hal-hal seperti membaca koran atau menonton televisi.
- Bergerak atau berbicara begitu lambat sehingga disadari orang lain.
- Menjadi sangat gelisah atau lelah sehingga Anda merasa telah bergerak lebih banyak dari biasanya.
- Berpikir bahwa Anda akan lebih baik mati atau menyakiti diri Anda dalam beberapa hal.

RISIKO PELECEHAN

Hubungan dua arah antara orang yang menerima perawatan dan pendamping mungkin kompleks. Pendamping yang sehat dan bahagia mampu memberikan dukungan yang luar biasa, tetapi terkadang hubungan yang menuntut perhatian mungkin tidak disukai oleh satu atau kedua pihak. Hal ini dapat menimbulkan konflik, yang dapat membuat lansia rentan terhadap pelecehan. Kekerasan dapat berupa pengabaian, mengambil keuntungan materi (finansial, misalnya) atau penganiayaan fisik, emosional atau seksual. Kelalaian juga dapat terjadi karena ketidaktahuan, kurangnya keterampilan dalam pengasuhan atau kurangnya dukungan atau pengawasan eksternal. Baik lansia maupun perawat tidak dapat menyebutkan pelecehan kepada tenaga kesehatan. Informasi pengamatan berdasarkan perilaku lansia, perilaku pendamping atau kerabat mereka, atau dari tanda-tanda pelecehan fisik harus digunakan untuk mengidentifikasi potensi pelecehan (lihat Bab 10 tentang perawatan dan dukungan sosial).

Faktor-faktor yang meningkatkan kemungkinan hubungan yang kasar adalah:

- hubungan jangka panjang yang buruk;
- riwayat kekerasan keluarga;
- kesulitan pendamping secara konsisten menyediakan level atau jenis perawatan yang dibutuhkan; dan
- masalah kesehatan fisik atau mental pendamping, terutama depresi dan, khususnya pada pria, penyalahgunaan alkohol dan zat.

Kecenderungan pelecehan tidak semata-mata terkait dengan sifat perawatan yang diberikan atau bahkan dengan faktor-faktor yang sering dikaitkan dengan tekanan pendamping, seperti tantangan yang ditimbulkan oleh perilaku lansia dengan demensia.

Jika dicurigai hubungan yang kasar, penilaian ahli yang lebih rinci diperlukan, mengikuti jalur rujukan lokal.

11

Dukungan pendamping

Alur perawatan untuk dukungan bagi pendamping

* Pertanyaan-pertanyaan ini dapat ditemukan dalam Kuesioner Kesehatan Pasien (PHQ-9) (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf), yang merupakan salah satu alat untuk penilaian gejala depresi. Atau lihat bagian depresi dari panduan intervensi mhGAP, di laman <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

11

Dukungan pendamping

Alur perawatan untuk dukungan bagi pendamping

11.1 TANYAKAN PENDAMPING LANSIA

Alur pada halaman 74 memandu diskusi dengan pendamping. Di alur ini, setiap pendamping yang diwawancarai ditanya tentang tiga hal:

1. Beban pendampingan (dua pertanyaan), berpotensi mengarah pada strategi praktis yang mendukung pendamping.
2. Dua gejala inti depresi, berpotensi mendorong penilaian penuh untuk depresi (lihat Bab 9 tentang gejala depresi).
3. Biaya keuangan pendampingan, yang berpotensi mengarah ke sumber dukungan keuangan lokal dan perawatan sosial terorganisir, sebagaimana tersedia.

Saat berbicara dengan pendamping, tenaga kesehatan itu mencari tanda-tanda kelelahan, kemarahan, frustrasi, atau rasa tidak hormat. Juga, tenaga kesehatan dapat bertanya kepada pendamping apakah mereka mau seperti penilaian lebih lanjut atau dukungan dari penyedia layanan sosial. Seiring waktu, beban pendampingan dapat menumpuk. Penilaian ulang setiap enam bulan adalah tepat.

Penilaian peran pendamping dan dampaknya adalah sebaiknya dilakukan jauh dari lansia, untuk mengurangi rasa malu atau ragu pendamping saat berbicara secara terbuka dan sepenuhnya. Kepentingan lansia dan pendamping mungkin berbeda karena

berbagai alasan, termasuk masalah ingatan lansia. Penilaian karenanya harus dipertimbangkan berdasarkan pengetahuan yang diperoleh dari penilaian lengkap kapasitas intrinsik.

11.2 TAWARKAN DUKUNGAN PADA PENDAMPING

Didukung dan diawasi melalui layanan perawatan kesehatan dan sosial, pendamping profesional terlatih dan pendamping berbayar harus mendukung pendamping yang tidak dibayar. Di masyarakat, tenaga kesehatan dan sosial – baik profesional dan sukarelawan - dapat membuat jaringan untuk berbagi sumber daya yang tersedia untuk dukungan bagi pendamping yang tidak dibayar.

iSupport adalah program pelatihan online WHO yang dapat membantu pendamping yang hidup dengan demensia untuk memberikan perawatan dan merawat diri mereka sendiri dengan baik - lihat <https://www.isupportfordementia.org>.

Dukungan berfokus pada pendamping keluarga utama. Untuk memahami kebutuhan pendamping, penyedia dapat bertanya tugas apa yang dilakukan, bagaimana dan seberapa sering, mencari aspek perawatan yang mungkin dapat dibantu dengan saran, dukungan praktis atau teknologi pendukung inovatif (lihat Kotak di halaman 77). Dukungan harus mencerminkan pilihan pendamping dan menekankan untuk mengoptimalkan kesejahteraan pendamping.

Tenaga kesehatan dan sosial dapat:

- memberikan pendamping lansia dengan pelatihan dan dukungan untuk keterampilan perawatan khusus - misalnya, mengelola perilaku sulit;
- mempertimbangkan untuk memberikan atau mengatur dukungan praktis, seperti pengaturan penangguhan perawatan lansia; dan
- mengeksplorasi apakah orang yang kehilangan kemampuan fungsional memenuhi syarat untuk mendapatkan manfaat sosial atau dukungan sosial atau finansial lainnya dari sumber pemerintah atau non-pemerintah.

Memberikan saran. Mengakui bahwa pendampingan bisa sangat membuat frustrasi dan stres. Dapat juga diperumit oleh perasaan berduka karena kehilangan hubungan sebelumnya antara lansia dan pendamping, terutama jika pendampingnya adalah pasangan.

Dorong pendamping untuk menghormati martabat lansia dengan melibatkan mereka dalam keputusan tentang kehidupan dan perawatan mereka sebanyak mungkin.

Pengaturan perawatan respit. Ketika merawat menjadi terlalu berat atau melelahkan, dapatkah orang lain sementara mengawasi dan merawat lansia? Ini bisa dilakukan oleh anggota keluarga atau rumah tangga lain, atau pekerja layanan sosial terlatih, baik profesional atau sukarela. Perawatan respit ini, seperti penitipan lansia, dapat meringankan pendamping utama, yang kemudian dapat beristirahat atau melakukan kegiatan lain. Penitipan lansia adalah salah satu jenis layanan dukungan masyarakat, yang menyediakan perawatan pribadi (mandi, makan, bercukur, toileting), rehabilitasi, program kegiatan rekreasi dan sosial, makan dan transportasi, beberapa jam sehari selama beberapa hari dalam seminggu. Penitipan lansia juga menyediakan layanan dukungan untuk pendamping seperti kunjungan rumah, kegiatan keluarga, kelompok pendukung dan pelatihan untuk pendamping. Perawatan respit dapat membantu menjaga hubungan pendamping tetap sehat dan berkelanjutan, dan sesaat jauh dari pendamping yang biasa diperlukan agar tidak berbahaya bagi penerima perawatan.

Tawarkan dukungan psikologis. Cobalah untuk mengatasi stres psikologis pendamping dengan dukungan dan konseling pemecahan masalah, terutama ketika perawatan itu kompleks dan luas dan tekanan pada pendamping itu hebat.

TEKNOLOGI ALAT BANTU INOVATIF

Teknologi alat bantu inovatif seperti pemantauan jarak jauh dan robot pendamping merupakan cara yang menjanjikan untuk meningkatkan fungsi kemampuan lansia, untuk meningkatkan kualitas hidup mereka serta pendamping mereka, untuk meningkatkan pilihan, keamanan, kemandirian dan rasa kendali, dan untuk memungkinkan penuaan yang baik. Penggunaan teknologi ini harus didasarkan pada kebutuhan dan preferensi lansia atau pendamping mereka, dan membutuhkan pelatihan yang sesuai untuk penggunaannya. Perhatian yang cermat harus diberikan untuk mengembangkan mekanisme pembiayaan untuk penelitian dan pengembangan dan untuk memastikan implementasi yang adil.

Contoh teknologi alat bantu inovatif:

- Robot bantu sosial PARO. Anjing laut robot peliharaan ini menawarkan pertemanan (22). <http://www.parorobots.com>
- *Hybrid Assistive Limb* (HAL) tipe lumbar, memberi pendamping otot-otot robotic yang dibutuhkan untuk mengangkat dan memindahkan pasien dari kasur ke kursi hingga mandi. https://www.cyberdyne.jp/english/products/Lumbar_CareSupport.html

12 MENYUSUN RENCANA PERAWATAN YANG BERBASIS INDIVIDU

POIN PENTING

- ✓ Perawatan yang terpusat pada individu adalah perawatan yang dirancang dan holistik, yang didukung oleh hubungan kolaboratif antara tenaga kesehatan dan lansia dan keluarga dan teman yang mendukung mereka.
- ✓ Tim multi-disiplin dapat membantu lansia menentukan tujuan mereka.
- ✓ Intervensi yang mendukung perawatan yang berpusat pada individu harus disepakati mengingat kebutuhan dan tujuan lansia yang diprioritaskan.
- ✓ Berkelanjutan, tindak lanjut teratur sangat penting untuk mencapai tujuan.

Perencanaan perawatan yang berbasis individu adalah pendekatan humanistik yang berbeda dari metode tradisional yang berorientasi penyakit dan sebagai gantinya berfokus pada kebutuhan, nilai, dan preferensi lansia. Setelah disampaikan, rencana perawatan yang berbasis individu akan jadi panduan untuk semua aspek perawatan kesehatan dan sosial dan mendukung tujuan realistis yang berpusat pada individu.

LANGKAH UNTUK MENYUSUN RENCANA PERAWATAN YANG BERBASIS INDIVIDU

1. Tinjau temuan dan diskusikan peluang untuk memperbaiki kemampuan fungsional, kesehatan dan kesejahteraan

Dengan lansia dan anggota keluarga mereka dan/atau Pendamping (jika perlu), tim multi-disiplin sekarang akan meninjau hasil penilaian yang berpusat pada individu dan intervensi yang diusulkan dalam alur perawatan. Penilaian yang berpusat pada individu akan menghasilkan daftar intervensi yang diusulkan yang dapat dimasukkan dalam rencana perawatan dan didiskusikan dengan pasien. Aplikasi ICOPE dapat membantu tenaga kesehatan dalam proses ini. Tim multi-disiplin dapat mencakup semua orang yang terlibat dalam perawatan lansia, seperti dokter umum, dokter spesialis, perawat, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga sosial, terapis (fisioterapi, okupasi, bicara, psikolog), pendamping berbayar dan pendamping tidak berbayar, apoteker dan sukarelawan.

2. Penentuan tujuan yang terpusat pada individu

Penentuan tujuan yang berpusat pada individu dalam mengidentifikasi, menetapkan, dan memprioritaskan tujuan adalah elemen kunci dalam mengembangkan rencana perawatan. Penting bagi tim multi-disiplin untuk melibatkan lansia dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka sendiri, dan untuk memahami dan menghormati kebutuhan, nilai, preferensi, dan prioritas mereka. Ini bisa menjadi perubahan transformasional dalam cara profesional kesehatan berhubungan dengan pasien mereka saat ini.

Tujuan dari perawatan dapat melampaui pengurangan dampak langsung dari kondisi medis dan menjadi lebih fokus pada hal-hal yang memungkinkan lansia untuk melakukan apa yang paling mereka hargai, seperti menua secara mandiri dan aman di tempat, untuk mempertahankan perkembangan pribadi mereka, untuk menjadi termasuk dan untuk berkontribusi pada komunitas mereka sambil mempertahankan otonomi dan kesehatan. Selain tujuan jangka menengah hingga panjang (enam hingga 12 bulan), disarankan untuk memasukkan tujuan jangka pendek (tiga bulan) untuk meningkatkan perbaikan atau manfaat yang lebih cepat agar lansia tetap termotivasi dan terlibat.

3. Sepakati intervensi

Intervensi yang diusulkan untuk dimasukkan dalam rencana perawatan sebagai hasil dari penilaian yang berpusat pada individu dan alur akan perlu:

- a) persetujuan dari lansia
- b) agar sejalan dengan tujuan, kebutuhan, preferensi dan prioritas lansia
- c) untuk mengakomodasi lingkungan fisik dan sosial mereka.

Tenaga kesehatan atau pekerja sosial kemudian harus berdiskusi dengan lansia untuk menyepakati setiap intervensi, satu per satu, yang harus menjadi rencana perawatan final.

4. Finalisasikan dan bagikan rencana perawatan

Ahli kesehatan sekarang harus mendokumentasikan dalam rencana perawatan hasil diskusi, dan berbagi dokumen dengan lansia, anggota keluarga mereka, pengasuh dan orang lain yang mungkin terlibat dalam perawatan, dengan persetujuannya. Aplikasi seluler ICOPE dapat mendukung proses ini dengan memberikan semua orang yang terlibat dengan ringkasan rencana perawatan, yang mencakup tujuan prioritas dan kondisi yang diidentifikasi.

5. Pantau dan tindak lanjut

Pemantauan dengan tindak lanjut yang teratur dari implementasi rencana perawatan sangat penting untuk mencapai tujuan yang disepakati. Hal ini memberikan kesempatan untuk memantau kemajuan dan memungkinkan deteksi dini kesulitan dalam berpartisipasi dalam intervensi, efek samping dari intervensi, dan perubahan status fungsional. Ini juga membantu mempertahankan keberhasilan hubungan antara lansia dan penyedia perawatan mereka. Proses tindak lanjut termasuk, tetapi tidak terbatas pada:

- memastikan implementasi yang sukses, langkah demi langkah, dari rencana perawatan;
- mengulang penilaian yang berpusat pada individu dan mendokumentasikan setiap perubahan;
- merangkum hasil, hambatan dan komplikasi dari implementasi intervensi perawatan kesehatan dan sosial;
- mengidentifikasi perubahan dan kebutuhan baru;
- menyetujui untuk mengatasi perubahan dan kebutuhan ini lebih lanjut, termasuk adopsi intervensi baru bila diperlukan, dan merevisi dan memperbaiki rencana sesuai kebutuhan; dan
- mengulangi siklus.

AREA KEMAMPUAN FUNGSIONAL

1. Untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti keamanan finansial, rumah dan keamanan pribadi.
2. Memperlajari, menumbuhkan, dan mengambil keputusan, yang meliputi upaya untuk terus belajar dan menerapkan pengetahuan terlibat dalam pemecahan masalah, mempertahankan pengembangan pribadi, dan kemampuan untuk membuat pilihan.
3. Menjadi leluasa, yang diperlukan untuk melakukan hal-hal di sekitar rumah, mengakses toko, layanan dan fasilitas di masyarakat, dan berpartisipasi dalam kegiatan sosial, ekonomi dan budaya.
4. Untuk membangun dan memelihara berbagai hubungan, termasuk dengan anak-anak dan anggota keluarga lainnya, hubungan sosial informal dengan teman, tetangga, kolega, serta hubungan formal dengan tenaga perawatan masyarakat.
5. Untuk berkontribusi, yang terkait erat dengan keterlibatan dalam kegiatan sosial dan budaya, seperti membantu teman dan tetangga, membimbing teman sebaya dan orang yang lebih muda, dan merawat anggota keluarga dan masyarakat.

12

BAGAIMANA CARA MELAKUKAN PENGATURAN TUJUAN BERBASIS INDIVIDU

IDENTIFIKASI TUJUAN:

Identifikasikan tujuan dengan lansia, anggota keluarga dan pendamping mereka (23):

- **PERTANYAAN 1**
Jelaskan hal-hal yang paling penting dalam sebagian besar hidup Anda?
- **PERTANYAAN 2**
Apakah tujuan khusus yang Anda miliki untuk kehidupan Anda?
- **PERTANYAAN 3**
Apakah tujuan khusus yang Anda miliki untuk kesehatan Anda?
- **PERTANYAAN 4**
Berdasarkan pada daftar tujuan hidup dan kesehatan yang baru saja kita diskusikan, dapatkah Anda memilih tiga yang ingin Anda fokuskan dalam tiga bulan ke depan? Bagaimana dengan dalam enam hingga 12 bulan ke depan?

TENTUKAN TUJUAN:

Tujuan dapat disesuaikan dengan kebutuhan lansia dan definisi masalah mereka sendiri.

- **PERTANYAAN 5**
Apa yang secara spesifik tentang tujuan satu, dua atau tiga yang ingin Anda kerjakan selama tiga bulan ke depan? Bagaimana dengan selama enam hingga 12 bulan ke depan?
- **PERTANYAAN 6**
Manakah yang sedang Anda jalankan (area tujuan)?
- **PERTANYAAN 7**
Manakah yang menjadi target ideal namun memungkinkan bagi Anda dalam mencapai tujuan ini?

UTAMAKAN TUJUAN:

Kesepakatan tentang tujuan perawatan yang diprioritaskan antara lansia dan penyedia layanan kesehatan akan menunjukkan hasil yang lebih baik.

- **PERTANYAAN 8**
Apa yang secara spesifik tentang tujuan satu, dua atau tiga yang ingin Anda kerjakan selama tiga bulan ke depan? Bagaimana dengan selama enam hingga 12 bulan ke depan?

Sumber: diadaptasi dari aslinya oleh *Health Tapestry* (<http://healthtapestry.ca>)

13

BAGAIMANA SISTEM LAYANAN KESEHATAN DAN PERAWATAN JANGKA PANJANG DAPAT MENDUKUNG IMPLEMENTASI PENDEKATAN ICOPE

POIN PENTING

- ✓ Implementasi yang efektif dari pendekatan ICOPE membutuhkan pendekatan terintegrasi yang menghubungkan layanan kesehatan dan perawatan sosial.
- ✓ Mengoptimalkan kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional lansia dimulai di masyarakat dan dengan pekerja di tingkat masyarakat. Sistem di sektor kesehatan dan sosial harus mendukung perawatan yang berfokus pada tingkat masyarakat.
- ✓ Rencana perawatan yang berbasis individu adalah inti dari pendekatan ICOPE. Untuk melaksanakan dan mengelola rencana ini, tenaga kesehatan mungkin perlu pelatihan khusus dalam manajemen kasus.

Laporan Dunia WHO tentang penuaan dan kesehatan menetapkan arah baru untuk kesehatan dan sistem perawatan jangka panjang (1). Ini menyerukan sistem ini untuk fokus pada mengoptimalkan kapasitas intrinsik lansia dengan tujuan melestarikan dan meningkatkan kemampuan fungsional mereka. *Pedoman WHO tentang intervensi tingkat masyarakat untuk mengatasi penurunan kapasitas intrinsik*, yang diterbitkan pada 2017, menerjemahkan arah baru ini ke dalam pendekatan praktis untuk penilaian dan perawatan di tingkat masyarakat (2). Bersama-sama, mereka menumbuhkan perawatan dan dukungan kesehatan dan sosial terpadu yang berpusat pada individu. Pendekatan ini dimulai dengan penilaian kebutuhan kesehatan dan perawatan sosial yang berpusat pada seseorang yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di tingkat masyarakat.

Bab ini menyoroti beberapa pertimbangan utama untuk implementasi pendekatan ICOPE. Panduan ICOPE WHO untuk sistem dan layanan dalam mengimplementasikan pendekatan ICOPE akan membahas implementasi secara rinci (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>)

13.1 DUKUNGAN NASIONAL UNTUK IMPLEMENTASI

Sebagai langkah pertama, baik rekomendasi WHO dan buku pegangan ini perlu disesuaikan dengan konteks lokal, budaya dan bahasa yang sesuai untuk tenaga perawatan dan kesehatan, pendamping dan lansia itu sendiri. Proses adaptasi yang inklusif dapat mulai membangun dukungan luas untuk pendekatan baru.

Implementasi pendekatan ICOPE akan membutuhkan kolaborasi berkelanjutan di semua tingkatan dan tahap di antara para pemangku kepentingan, termasuk pembuat kebijakan, ahli kesehatan, tenaga layanan sosial, peneliti, masyarakat dan lansia. Pengetahuan lokal akan mendukung terjemahan pedoman global menjadi konfigurasi layanan yang layak dan dapat diterima.

PERTIMBANGAN UTAMA DALAM RANGKA IMPLEMENTASI NASIONAL

Perencanaan untuk mengintegrasikan pendekatan ICOPE ke dalam sistem layanan kesehatan dan perawatan jangka panjang harus memastikan:

- **kelayakan** - keuangan dan organisasi
- **keberlanjutan** - efisiensi dan kapasitas tenaga kerja
- **koherensi** - selaras dengan kebijakan yang mendukung penuaan sehat
- **integrasi** - hubungan antara layanan kesehatan dan perawatan sosial.

Mempromosikan penuaan sehat membutuhkan keterlibatan sector layanan kesehatan dan sosial. Kedua sektor ini akan lebih mampu mengadopsi dan menerapkan pendekatan ICOPE ketika kebijakan nasional mendukung pendekatan terpadu untuk layanan kesehatan dan sosial. Karena itu, kebijakan harus menentukan bagaimana menghubungkan antara layanan kesehatan dan layanan sosial akan berfungsi di tingkat nasional, regional, dan masyarakat.

Insentif dan penghargaan, mekanisme pembiayaan dan pemantauan kinerja dapat mendorong pergeseran prioritas untuk merawat lansia yang mengoptimalkan kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional. Sistem informasi harus berorientasi pada pemantauan transformasi ini di tingkat nasional dan lokal.

13.2 PERSYARATAN ANGGARAN DAN SUMBER DAYA MANUSIA

Implikasi penerapan pendekatan ICOPE harus dianalisis untuk mengidentifikasi dimana investasi tambahan akan diperlukan - misalnya, dalam pelatihan tenaga kesehatan, penggunaan teknologi dan adaptasi sistem informasi kesehatan. Secara khusus, tenaga layanan kesehatan dan social di tingkat masyarakat dan tim layanan primer akan membutuhkan dukungan untuk memahami dan menerapkan pendekatan baru. Himpunan ahli kesehatan nasional dan lokal dapat memainkan peran penting dalam hal ini sebagai bagian dari proses partisipatif yang melibatkan semua pemangku kepentingan.

13.3 INTEGRASI PERAWATAN DAN DUKUNGAN DI SELURUH LAYANAN KESEHATAN DAN SOSIAL

Semua intervensi perawatan terpadu harus mengikuti prinsip-prinsip terjemahan pengetahuan, yang WHO definisikan pada 2005 sebagai “sintesis, pertukaran dan penerapan pengetahuan oleh pemangku kepentingan terkait untuk mempercepat manfaat inovasi global dan lokal dalam memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan kesehatan masyarakat”. Kerangka terjemahan pengetahuan WHO untuk penuaan dan kesehatan 2012 dikembangkan secara khusus untuk menerapkan prinsip-prinsip ini untuk merawat lansia dengan banyak komorbiditas dan/atau kesulitan dengan akses ke layanan kesehatan (24).

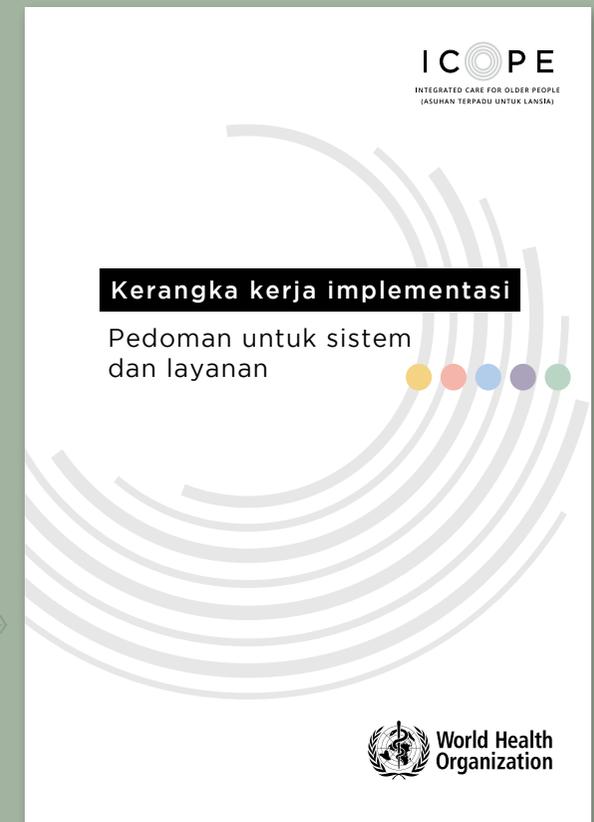
Kerangka kerja WHO 2016 tentang layanan kesehatan terpadu yang berpusat pada individu mengusulkan pendekatan penting untuk memastikan perawatan terpadu yang berkualitas tinggi (6). Elemen penting dari perawatan terpadu adalah pengelolaan kasus yang kuat untuk mendukung rancangan, koordinasi dan pemantauan rencana perawatan, yang cenderung menjangkau berbagai area layanan kesehatan dan sosial. Tenaga layanan kesehatan dan sosial mungkin memerlukan pelatihan khusus dalam pengelolaan kasus serta dalam aspek klinis dari rekomendasi ICOPE.

Kerangka kerja implementasi ICOPE WHO menekankan tindakan utama pada tingkat layanan dan sistem untuk mengimplementasikan ICOPE (25). Panduan ini mencakup tindakan (halaman 84) yang perlu diambil oleh manajer layanan dan sistem untuk memberikan perawatan terpadu. Kerangka kerja ini merekomendasikan tindakan spesifik tergantung pada sejauh mana layanan kesehatan dan sosial yang ada.

13.4 MENYETARAKAN LAYANAN PERAWATAN KESEHATAN DAN SOSIAL LOKAL UNTUK Mendukung IMPLEMENTASI

Intervensi ICOPE harus dilaksanakan dengan tujuan untuk mendukung penuaan. Artinya, layanan perawatan kesehatan dan sosial harus disediakan sehingga memungkinkan lansia untuk tinggal di rumah dan masyarakat mereka sendiri dengan aman, mandiri dan nyaman. Intervensi dirancang untuk diberikan melalui model perawatan yang memprioritaskan layanan primer dan layanan berbasis masyarakat. Ini termasuk fokus pada intervensi berbasis rumah, pelibatan masyarakat dan sistem rujukan yang terintegrasi penuh.

Fokus ini hanya dapat dicapai dengan mengakui dan mendukung peran penting yang dimainkan petugas masyarakat dalam meningkatkan akses ke layanan kesehatan primer dan cakupan kesehatan universal. Dukungan pedoman WHO tentang kebijakan kesehatan dan sistem untuk mengoptimalkan program-program tenaga kesehatan berbasis masyarakat membuat saran dan rekomendasi berbasis bukti mengenai pemilihan, pelatihan, kompetensi inti, pengawasan dan kompensasi tenaga kesehatan masyarakat (26).



13

IKHTISAR TINDAKAN DARI KERANGKA KERJA IMPLEMENTASI ICOPE

TINDAKAN UNTUK LAYANAN

Libatkan dan berdayakan masyarakat dan komunitas. Libatkan lansia, keluarga mereka masyarakat sipil dalam pemberian layanan; mendukung dan melatih pendamping.

Dukung koordinasi layanan yang diberikan oleh tim multi-disiplin. Identifikasi lansia di masyarakat yang membutuhkan perawatan, melakukan penilaian komprehensif dan mengembangkan rencana perawatan yang komprehensif; membangun jaringan tenaga kesehatan dan perawatan sosial.

Orientasikan layanan menuju perawatan berbasis masyarakat. Berikan hasil perawatan yang efektif dan dapat diterima yang difokuskan pada kemampuan fungsional melalui tenaga dan layanan berbasis masyarakat yang didukung oleh infrastruktur yang memadai.

TINDAKAN UNTUK SISTEM

✓ **Perkuat sistem tata kelola dan akuntabilitas.** Libatkan pemangku kepentingan dalam kebijakan dan pengembangan layanan; mengembangkan kebijakan dan peraturan untuk mendukung perawatan terpadu dan respons terhadap pelecehan terhadap lansia; melakukan penjaminan kualitas yang berkelanjutan dan peningkatan kualitas yang secara teratur meninjau kapasitas untuk memberikan layanan secara adil.

✓ **Aktifkan penguatan sistem.** Kembangkan kapasitas tenaga kerja, pembiayaan dan manajemen sumber daya manusia; gunakan teknologi untuk bertukar informasi antar layanan penyedia; kumpulkan dan laporkan data tentang kapasitas intrinsik dan kemampuan fungsional; gunakan teknologi digital untuk mendukung pengelolaan mandiri.

Ketika perawatan khusus diperlukan, jaringan tenaga kesehatan di tingkat menengah dan tinggi harus mendukung pekerjaan tenaga kesehatan masyarakat. Kriteria dan alur rujukan yang jelas kriteria dan jalur harus ditetapkan melalui kesepakatan di antara semua pihak di tingkat operasional dan kemudian dipantau untuk jaminan kualitas. Pengaturan untuk tindak lanjut perlu jelas untuk memastikan bahwa rencana perawatan tetap sesuai dan bahwa penyediaan layanan dan dukungan kesehatan efektif. Tindak lanjut dan dukungan dapat menjadi sangat penting setelah perubahan besar dalam status kesehatan atau jika lansia mengalami peristiwa kehidupan utama seperti perubahan tempat tinggal atau kematian pasangan atau pendamping lansia.

13.5 KETERLIBATAN MASYARAKAT DAN DUKUNGAN BAGI PENDAMPING

Tenaga perawatan membutuhkan bantuan sumber daya tambahan di masyarakat. Keterlibatan yang lebih aktif dan langsung dari masyarakat dan lingkungan dalam layanan dan dukungan untuk lansia mungkin membutuhkan pengorganisasian dan kemauan politis, khususnya untuk mendorong kesukarelaan dan untuk memfasilitasi kontribusi anggota masyarakat yang lebih tua. Klub dan asosiasi lansia adalah rekan alami dalam upaya ini.

Pada saat yang sama, sistem layanan kesehatan mempunyai tanggung jawab kepada mitranya dalam mendukung penuaan sehat - komunitas, organisasi kemasyarakatan dan anggota keluarga dan pengasuh tidak dibayar lainnya dari lansia. Tanggung jawab ini mencakup perhatian pada kesehatan dan kesejahteraan pengasuh, sebagaimana dibahas dalam Bab 11, dan saling mendukung, kolaborasi dan koordinasi dengan masyarakat dan organisasi kemasyarakatan untuk menciptakan lingkungan yang sehat untuk penuaan sehat.

REFERENSI

1. World report on ageing and health. Jenewa: World Health Organization (WHO); 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, dinilai 2 April 2019).
2. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Jenewa: WHO; 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>, dinilai 2 April 2019).
3. Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2017: Highlights. New York: United Nations; 2017 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf, dinilai 2 April 2019).
4. Sustainable Development Goals [website]. New York: United Nations; tanpa tanggal (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, dinilai 2 April 2019).
5. Global strategy and action plan on ageing and health. Jenewa: WHO; 2017 (<http://www.who.int/ageing/global-strategy>, dinilai 2 April 2019).
6. Framework on integrated, people-centred health services: report by the secretariat. Jenewa: WHO; tanpa tanggal (A69/39; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>, dinilai 2 April 2019).
7. Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(1):16–24. doi: 10.1111/jgs.12607.
8. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(11):2227–46. doi: 10.1111/jgs.13702.
9. painHEALTH. Pain management. East Perth: Department of Health, Western Australia; tanpa tanggal (<https://painhealth.csse.uwa.edu.au/pain-management>, dinilai 1 May 2019).
10. Assistive devices and technologies. Jenewa: WHO; tanpa tanggal (<https://www.who.int/disabilities/technology>, dinilai 1 May 2019).
11. Texas Department of Aging and Disability Services. Instructions for completing the Nutrition Risk Assessment (NRA): DETERMINE Your Nutritional Health. Washington (DC): Nutrition Screening Initiative; 2010 (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>, dinilai 2 April 2019).
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev.* 1996;54(1,part 2):S59–65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.
13. Camicelli AP, Keeffe JE, Martin K, Carbone J, Balding C, Taylor H. Vision screening for older people: the barriers and the solutions. *Australas J Ageing.* 2003;22(4):179–85.
14. Blindness and vision impairment Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>, dinilai 2 April 2019).
15. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. Davis A, Smith P, Ferguson M, Stephens D, Gianopoulos I. *Health Technology Assessment*, 2007, 11(42).
16. Primary ear and hearing care training resource. Jenewa: WHO; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43333>, dinilai 2 April 2019).
17. Li CM, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson MR. Hearing impairment associated with depression in us adults, national health and nutrition examination survey 2005–2010. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;140(4):293–302. doi: 10.1001/jamaoto.2014.42.
18. Zhang X, Bullard KM, Cotch MF, Wilson MR, Rovner BW, McGwin G Jr, et al. Association between depression and functional vision loss in persons 20 years of age or older in the United States, NHANES 2005–2008. *JAMA Ophthalmol.* 2013;131(5):573–81. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.2597.
19. Spotting the signs of harm, abuse and neglect Scotland. Streatham: Action on Elder Abuse; no date (<https://www.elderabuse.org.uk/spotting-the-signs-of-harm-abuse-and-neglect>, accessed 2 April 2019).
20. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017;5(2):e147–e156. doi:10.1016/S2214-109X(17)30006-2.

21. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest*. 2005;128(6):3925-36. doi: 10.1378/chest.128.6.3925.
22. Liang A, Piroth I, Robinson H, MacDonald B, Fisher M, Nater UM, et al. A pilot randomized trial of a companion robot for people with dementia living in the community. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(10):871-8. doi: 10.1016/j.jamda.2017.05.019.
23. Javadi D, Lamarche L, Avilla E, Siddiqui R, Gaber J, Bhamani M, et al. Feasibility study of goal setting discussions between older adults and volunteers facilitated by an eHealth application: development of the Health TAPESTRY approach. *Pilot Feasibility Stud*. 2018;4:184. doi: 10.1186/s40814-018-0377-2
24. Knowledge translation. Jenewa: WHO; tanpa tanggal (https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation, dinilai 2 April 2019).
25. Integrated care for older people: Guidance for systems and services. Jenewa: WHO; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>, dinilai Juni 2019).
26. Community-based health workers (CHWs). Jenewa: WHO; tanpa tanggal (<https://www.who.int/hrh/community>, dinilai 2 April 2019).

www.who.int/ageing/health-systems/icope

Department of Ageing and Life Course

World Health Organization

Avenue Appia 20

1211 Geneva 27

Switzerland

ageing@who.int



**World Health
Organization**