

KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA



# PEDOMAN PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN LANJUT USIA (PMKL) PADA KRISIS KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA 2020

**618.97  
Ind  
p**

**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal  
Kesehatan Masyarakat

**Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL)  
pada Krisis Kesehatan.**—Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2020

ISBN 978-623-301-034-4

- |          |  |
|----------|--|
| 1. Judul | I. GERIATRICS                                      |
|          | II. GERIATRICS NURSING                             |
|          | III. GERIATRICS PSYCHIATRY                         |
|          | IV. HEALTH CARE FACILITIES, MANPOWER, AND SERVICES |
|          | V. COMMUNITY HEALTH SERVICES                       |

# **PEDOMAN PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN LANJUT USIA (PMKL) PADA KRISIS KESEHATAN**



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan buku **Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada Krisis Kesehatan** dapat diselesaikan. Buku pedoman ini disusun sebagai pengembangan dari Pedoman Paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan.

Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia Pada Krisis Kesehatan ini berisi langkah-langkah operasional pada tahap pra krisis, krisis dan pasca krisis dalam rangka memastikan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan umum dan reproduksi lanjut usia (lansia), meningkatkan aspek-aspek perlindungan lansia pada kondisi pengungsian dan memenuhi kebutuhan esensial lansia lainnya melalui kemitraan multisektor. Pedoman ini juga memuat instrumen untuk menilai dengan cepat kebutuhan lansia pada saat bencana, mendeteksi kerentanan lansia, serta monitoring evaluasi. Harapan kami dengan adanya pedoman ini bisa menjadi acuan bagi tenaga kesehatan, relawan dan *stakeholder* terkait dalam penyediaan pelayanan minimum kesehatan lansia pada situasi krisis kesehatan.

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini. Saran dan masukan kami harapkan untuk penyempurnaan. Semoga buku ini dapat bermanfaat dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan lansia dalam rangka pemenuhan hak lansia pada situasi krisis kesehatan.

Jakarta, September 2020  
Direktur Kesehatan Keluarga,



dr. Erna Mulati, M.Sc, CMFM



## KATA SAMBUTAN

Saat ini Indonesia memasuki transisi menuju struktur penduduk tua atau *Ageing Population*, dimana jumlah populasi lanjut usia (lansia) terus mengalami peningkatan. Hal ini tentunya akan berdampak pada pengambilan arah kebijakan pembangunan, termasuk pada bidang kesehatan. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, diperoleh gambaran permasalahan kesehatan pada lansia, antara lain Penyakit Tidak Menular (PTM) yang paling banyak dialami lansia seperti hipertensi, masalah sendi, diabetes mellitus, penyakit jantung, stroke dan masalah kesehatan jiwa. Selain itu terdapat sebanyak 3,7% lansia yang memiliki tingkat ketergantungan sedang, berat dan total, sehingga membutuhkan pendamping/*caregiver* dalam aktivitas kesehariannya.

Indonesia juga merupakan negara yang terletak pada daerah cincin api, sehingga secara geografis memiliki potensi mengalami bencana alam yang cukup besar, disamping juga bencana non alam yang mungkin terjadi. Pada situasi bencana atau krisis kesehatan ini, tentunya berbagai permasalahan kesehatan pada lansia akan semakin meningkatkan kerentanan lansia. Hal ini didukung oleh pernyataan *HelpAge International* (2012), bahwa kehilangan nyawa pada lansia selama situasi darurat disebabkan oleh kerentanan dan atau pengabaian pada penurunan kapasitas fungsional mereka. Saat bencana, lansia sering diabaikan meskipun memiliki hak yang sama dengan kelompok usia lainnya. Komponen kesehatan lansia belum masuk didalam pedoman global *The Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health (RH)*. Namun belajar dari pengalaman pada beberapa situasi bencana, lansia yang merupakan kelompok rentan dan memerlukan perhatian spesifik, masih sering terabaikan. Oleh karena itu, perlu inisiasi disusunnya **Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada Krisis Kesehatan.**

Saya menyambut baik terbitnya buku **Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada Krisis Kesehatan**, yang merupakan hasil kerjasama antara Kementerian Kesehatan dengan UNFPA. Saya berharap agar pedoman ini dapat digunakan sebagai acuan bagi tenaga kesehatan dan berbagai pihak terkait untuk memastikan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan umum dan reproduksi lansia, meningkatkan aspek-aspek perlindungan lansia pada kondisi pengungsian dan memenuhi kebutuhan esensial lansia lainnya melalui kemitraan multisektor pada krisis kesehatan.

Penghargaan yang tinggi juga saya sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini. Semoga upaya pemenuhan hak kesehatan lansia dapat terus kita tingkatkan, termasuk pada situasi krisis kesehatan.

Jakarta, September 2020

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'dr. Kirana Pritasari, MQIH'. The signature is stylized and fluid, with a large initial 'K' and 'P'.

dr. Kirana Pritasari, MQIH



## KATA PENGANTAR

### Pelayanan Minimal Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada Krisis Kesehatan

Dengan situasi saat ini dimana satu dari sembilan orang di dunia berusia 60 tahun atau lebih, yang diproyeksikan meningkat menjadi satu dari lima pada tahun 2050, penuaan penduduk merupakan fenomena yang tidak dapat kita abaikan lagi. Di Indonesia, populasi orang yang saat ini berusia di atas 60 tahun (28 juta orang) diperkirakan akan meningkat hampir dua kali lipat (50 juta orang) pada tahun 2035 yang merupakan angka yang cukup signifikan. Peningkatan umur panjang adalah salah satu pencapaian terbesar umat manusia; Lansia yang sehat dan aktif secara sosial dapat memberikan kontribusi yang tiada habisnya bagi keluarga, komunitas, dan masyarakat secara keseluruhan.

Namun, peluang tersebut datang dengan tantangan. Penuaan penduduk menghadirkan tantangan sosial, ekonomi dan budaya bagi masyarakat serta individu dan keluarga mereka. Kerentanan dan kebutuhan khusus mereka meningkat terutama selama situasi krisis kemanusiaan. Misalnya, ketika bencana menghancurkan komunitas dan layanan publik, kesehatan lansia terancam karena mereka mungkin mengalami kesulitan dalam mengakses perawatan yang mereka butuhkan. Mereka juga rentan terhadap gizi buruk. Selain itu, para lanjut usia dalam krisis kemanusiaan menghadapi ancaman khusus terhadap keselamatan, keamanan dan kemampuan mereka untuk bertahan hidup. Kekerasan, isolasi, dan kurangnya bantuan yang ramah usia adalah beberapa area yang membutuhkan perhatian khusus selama keadaan darurat. Pandemi COVID-19 saat ini juga menyoroti kerentanan lansia dan kebutuhan semua pemangku kepentingan untuk mengatasi tantangan dan memaksimalkan kesejahteraan lansia di masa yang penuh tantangan ini.

UNFPA, Dana Kependudukan Perserikatan Bangsa-Bangsa, dan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) telah mendukung beberapa studi di bidang penuaan penduduk dan pembangunan di Indonesia. Hari ini, kami dengan senang hati mendukung mitra lama kami, Kementerian Kesehatan, dalam pengembangan **Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada Krisis Kesehatan**. Kami berharap Pedoman ini - yang merangkum kerentanan lansia serta rekomendasinya - dapat menjadi referensi berharga untuk perencanaan program bagi penyedia layanan kesehatan serta pemangku kepentingan di bawah klaster perlindungan nasional. Bersama dengan mitra kami, kami berharap dapat berkontribusi untuk meningkatkan kesejahteraan dan perlindungan lansia di negara ini.

Jakarta, Oktober 2020



Anjali Sen  
Representative  
UNFPA Indonesia



## TIM PENYUSUN

**Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada Krisis Kesehatan** disusun bersama oleh Kementerian Kesehatan dan UNFPA Indonesia serta lintas program, lintas sektor, organisasi profesi kesehatan, organisasi kemasyarakatan.

### PENGARAH

dr. Erna Mulati, M.Sc., CMFM - Direktur Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan RI

### EDITOR

- N. Nurlina Supartini, SKp., MPH - Kasubdit Kesehatan Lanjut Usia, Direktorat Kesehatan Keluarga, Kemenkes RI
- Elisabeth A Sidabutar, SPi, MMD, UNFPA Indonesia
- Megumi Uchino, MSW, UNFPA Indonesia

### KONSULTAN

Dr. Shantha Silaswati, SKp., MSc - Konsultan Individu

## KONTRIBUTOR

### Lintas Program Kesehatan dan Lintas Sektor

- Pusat Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan
- Pusat Analisis Determinan Kesehatan, Kementerian Kesehatan
- Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan
- Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Gizi Masyarakat, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Kesehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kementerian Kesehatan
- Deputi Bidang Perlindungan Hak Perempuan Dalam Situasi Darurat & Perlindungan Anak, KPPPA
- Direktorat Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia, Kementerian Sosial
- Direktorat Perlindungan Sosial Korban Bencana Sosial (PSKBS), Kementerian Sosial
- Direktorat Bina Ketahanan Keluarga Lansia dan Rentan, BKKBN
- Pusat Penelitian Kependudukan, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI)
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah
- Dinas Kesehatan Provinsi D.I. Yogyakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat

- Dinas Kesehatan Kota Palu, Sulawesi Tengah
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, D.I. Yogyakarta
- Dinas Sosial Kota Palu, Sulawesi Tengah
- BPBD Kota Palu, Sulawesi Tengah
- Puskesmas Sangurara, Kota Palu, Sulawesi Tengah
- Dinas Sosial Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta
- BPBD Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta
- UPTD PPA Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta

### **Organisasi Profesi Kesehatan dan Akademisi**

- Pengurus Besar Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia (PB PERGEMI)
- Perkumpulan Asuhan Demensia Indonesia (PADI)
- Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PP PPNI)
- Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGERI)
- Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI)
- Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bedah Indonesia (HIPGABI)
- Himpunan Psikolog Indonesia (HIMPSI) Jaya
- Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia
- Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
- DPP PPNI Kota Palu, Sulawesi Tengah
- DPP PPNI Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta

## **Organisasi Kemasyarakatan**

- Muhammadiyah *Senior Care*
- YAKKUM Emergency Unit (YEU)
- Pengurus Pusat Palang Merah Indonesia (PMI)
- Yayasan Dokter Peduli/DoctorSHARE
- Yayasan Pelita Usila
- Yayasan Emong Lansia (YEL)
- Forum PRB Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta
- TAGANA Kab. Bantul, D.I. Yogyakarta
- Forum PRB Prov Nusa Tenggara Timur
- Palang Merah Indonesia Kota Palu, Sulawesi Tengah

## **Mitra Pembangunan**

- Tomoko Kurokawa, M.D., M.P.H, UNFPA Asia Pacific and Regional Office
- Rintaro Mori, MD PhD MSc FRCPCH, UNFPA Asia Pacific and Regional Office
- *World Health Organization* (WHO) Indonesia



## RINGKASAN EKSEKUTIF

Menjadi tua adalah proses normal dalam perkembangan kehidupan manusia. Perubahan berbagai fungsi organ tubuh menjadi bagian yang tidak terpisahkan ketika menjalani fase tua. Individu dapat menyelesaikan tugas perkembangan ini dengan sukses yaitu menjadi tua dengan keadaan yang sehat dan bugar, tetapi sebaliknya ada yang menyelesaikan tugas perkembangan kehidupannya dengan berbagai masalah termasuk kesehatan. Proses menua disertai dengan munculnya berbagai masalah kesehatan menjadikan lanjut usia (lansia) tergolong dalam kelompok rentan yang sangat mudah untuk berisiko menjadi sakit, cacat atau mati.

Meningkatnya jumlah penduduk berusia lanjut dan posisi Indonesia yang secara geografis terletak di *Pacific Ring of Fire* (cincin api Pasific) menyebabkan Indonesia sering menghadapi situasi darurat bencana seperti gempa bumi, tsunami, gunung berapi, banjir, tanah longsor, kemarau dan kebakaran hutan yang sering kali menimbulkan dampak buruk termasuk pada kesehatan lansia. Kesehatan lansia yang terdampak bencana memerlukan perhatian serius sama dengan kelompok rentan lainnya seperti ibu hamil, bayi dan balita.

Belum adanya pedoman layanan lansia yang memberikan arah dan langkah-langkah operasional bagi para penyedia bantuan kemanusiaan pada situasi bencana, khususnya yang bergerak di bidang kesehatan secara umum termasuk kesehatan reproduksi menyebabkan kurangnya perhatian untuk memberikan pertolongan kepada lansia. Kebutuhan adanya pedoman yang bersifat praktis dan aplikatif diharapkan dapat menjadi acuan dalam merespon penyediaan pelayanan kesehatan lansia di situasi lapangan pada saat bencana yang selama ini sering terabaikan.

Pedoman ini menjelaskan tentang pengetahuan dasar krisis kesehatan secara umum dan kesehatan reproduksi pada lansia, pemahaman pelayanan minimum kesehatan lanjut usia (PMKL) pada krisis kesehatan, kebutuhan logistik kesehatan lansia termasuk kesehatan reproduksi serta indikator pelayanan kesehatan minimal yang merupakan prioritas dari sub kluster Kesehatan Reproduksi.

Pedoman ini difokuskan pada tiga hal, (1) Memastikan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan umum dan reproduksi lansia pada krisis kesehatan; (2) Meningkatkan aspek-aspek perlindungan lansia kesehatan pada kondisi pengungsian; (3) Memenuhi kebutuhan esensial lansia lainnya melalui kemitraan multisektor: WASH (*water, sanitation and hygiene* atau air, sanitasi dan kebersihan), pengungsian/*shelter* dan ketersediaan makanan.

Pedoman juga berisi langkah-langkah tindakan dalam pencegahan dan penanganan akibat kerentanan lansia terhadap keterbatasan mobilitasi, penurunan penglihatan dan pendengaran, penurunan fungsi kognitif, tindakan kekerasan, pencegahan penularan HIV pada lansia aktif, mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian.

Pedoman ini memandu perencanaan pelayanan kesehatan lansia secara komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar pada situasi pra, tanggap bencana dan pasca krisis kesehatan. Pedoman ini juga memuat tentang cara penilaian pelayanan minimum kesehatan lanjut usia terdampak bencana, monitoring dan evaluasi.



## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	iii
KATA SAMBUTAN KEMENTERIAN KESEHATAN RI .....	iv
KATA SAMBUTAN UNFPA REPRESENTATIF IN INDONESIA .....	vi
TIM PENYUSUN.....	viii
RINGKASAN EKSEKUTIF .....	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR .....	xviii
DAFTAR AKRONIM DAN SINGKATAN .....	xix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxi

### **BAB 1: PENDAHULUAN** **1**

A. Latar Belakang .....	2
B. Tujuan .....	5
C. Sasaran .....	6
D. Ruang Lingkup .....	6
E. Dasar Hukum .....	7

### **BAB 2. PERMASALAHAN KESEHATAN LANJUT USIA** **9**

A. Masalah Kesehatan Dasar Lanjut Usia .....	11
B. Kerentanan Lanjut Usia .....	14
C. Kapasitas dan Kontribusi Lanjut Usia .....	20

<b>BAB 3. PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN LANJUT USIA (PMKL) PADA KRISIS KESEHATAN</b>	<b>21</b>
A. Pra Krisis .....	23
1. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi .....	23
2. Aspek-aspek Perlindungan Kesehatan Lanjut Usia .....	33
3. Kebutuhan Esensial Melalui Kemitraan Multisektor.....	34
B. Tanggap Darurat Krisis Kesehatan.....	37
1. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi .....	37
2. Aspek-aspek Perlindungan Kesehatan Lanjut Usia .....	39
3. Kebutuhan Esensial Melalui Kemitraan Multisektor .....	41
C. Pasca Krisis Kesehatan .....	43
1. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi .....	43
2. Aspek-aspek Perlindungan Kesehatan Lanjut Usia .....	43
3. Kebutuhan Esensial Melalui Kemitraan Multisektor.....	45
 <b>BAB 4. PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA PADA SITUASI PANDEMI</b>	 <b>47</b>
A. Pra Pandemi/Bencana Non Alam.....	51
1. Sosialisasi Faktor Risiko .....	51
2. Sosialisasi Pencegahan Penularan.....	52
B. Tanggap Bencana Non Alam.....	53
1. Lansia Adalah Kelompok Paling Rentan.....	53
2. Penyesuaian Terhadap Kondisi Rentan Lansia.....	59
3. Ketika Lansia Terpapar COVID-19.....	60
C. Pasca Pandemi/Bencana Non Alam.....	60
 <b>BAB 5. MONITORING DAN EVALUASI</b>	 <b>65</b>
Monitoring .....	66
Evaluasi .....	67

<b>BAB 6. PENUTUP</b>	<b>69</b>
<b>DAFTAR ISTILAH</b>	<b>71</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>75</b>
<b>LAMPIRAN - LAMPIRAN</b>	<b>79</b>



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Prosentase Kerentanan Lansia Berdasarkan Jenis Bencana .....	15
Tabel 2.2.	Kemampuan Aksesibilitas Layanan Kesehatan .....	16
Tabel 2.3.	Tempat Pengungsian/Shelter dan Kerentanan Lainnya .....	17
Tabel 2.4.	Masalah Psiko-Sosial .....	19
Tabel 3.1.	Kit Individu Lansia Laki-laki .....	27
Tabel 3.2.	Kit Individu Lansia Perempuan .....	29
Tabel 3.3.	Kit Kebutuhan Khusus Lansia.....	31
Tabel 3.4.	Kit Penanggulangan Pertama .....	32
Tabel 4.1.	Kriteria Karantina dan Isolasi Mandiri Lansia di Rumah.....	54



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Kegiatan PMKL Pada Tiap Fase Krisis/Bencana .....	22
Gambar 3.2. Isi kit individu lansia laki-laki dan kit kebutuhan khusus lansia.....	28
Gambar 3.3. Isi kit individu lansia perempuan dan kit kebutuhan khusus lansia. ....	30
Gambar 3.4. Kebutuhan esensial melibatkan kemitraan multisektor pada fase pra krisis. ....	36
Gambar 3.5. Kebutuhan esensial melibatkan kemitraan multisektor pada fase tanggap darurat ...	42
Gambar 3.6. Kebutuhan esensial melibatkan kemitraan multisektor pada fase pasca krisis.....	46
Gambar 4.1. Jumlah Terpapar COVID-19 di Tingkat Nasional .....	49
Gambar 4.2. Jumlah Terpapar COVID-19 di Tingkat Nasional Berdasarkan Jenis Kelamin dan Kelompok Umur.....	50



## DAFTAR AKRONIM ATAU SINGKATAN

UHH	: Usia Harapan Hidup
TFR	: <i>Total Fatality Rate</i>
PMKL	: Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia
COVID-19	: <i>Coronavirus Disease 2019</i>
BNPB	: Badan Nasional Penanggulangan Bencana
BPBD	: Badan Penanggulangan Bencana Daerah
PMI	: Palang Merah Indonesia
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
WHO	: <i>World Health Organization</i>
UNFPA	: <i>United Nations Fund for Population Activities</i>
WFP	: <i>World Food Program</i>
NGO	: <i>Non Government Organisation</i>
PTSD	: <i>Post Traumatic Stress Disorder</i>
LIPI	: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
Posko	: Pos Komando
JCI	: <i>Joint Commision International</i>
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
PRB	: Pengurangan Risiko Bencana
WASH	: <i>Water, Sanitation and Hygiene</i>

RHA	: <i>Rapid Health Assessment</i>
PFA	: <i>Psychological First Aid</i>
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
ARV	: <i>Antiretroviral</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
SAR	: <i>Search And Rescue</i>
Basarnas	: Badan SAR Nasional
Basarda	: Badan SAR Daerah
PPAM	: Paket Pelayanan Awal Minimum



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Daftar Periksa Prioritas .....	80
Lampiran 2: Instrumen Deteksi Kerentanan Lanjut Usia.....	82
Lampiran 3: Instrumen <i>Rapid Health Assessment</i> .....	88
Lampiran 4: Lembar Monitoring Indikator PMKL.....	90
Lampiran 5: Lembar Evaluasi .....	93
Lampiran 6: Poster Pencegahan COVID-19 Pada Lansia.....	94
Lampiran 7: Format dan Isi Laporan Koordinator Program Lansia.....	96
Lampiran 8: Cara Membersihkan Perabotan di Masa Pandemi COVID-19.....	97



# PENDAHULUAN

## BAB 1



## A LATAR BELAKANG

Tahun 2050, 1 dari 6 orang di dunia akan berusia di atas 65 tahun, naik dari 1 banding 11 pada 2019 (*United Nations*, 2019). Prospek Populasi Dunia 2019 negara-negara berkembang saat ini adalah rumah bagi populasi yang paling cepat menua sebesar 60% dari populasi dunia, diproyeksikan akan meningkat menjadi 80% pada tahun 2050 (BPS, 2018).

Data proyeksi Bappenas (2018) menunjukkan jumlah total penduduk Indonesia saat ini telah mencapai 268.074.565 orang dengan jumlah prosentase penduduk berusia 60 tahun atau lebih sebesar 9,7% dari jumlah total penduduk Indonesia. Jumlah penduduk lansia akan terus meningkat sampai 15,8% di tahun 2035 (Bappenas, 2018). Gambaran data tersebut menunjukkan bahwa penduduk Indonesia mulai memasuki era penduduk berstruktur tua (*ageing structure population*).

Tahun 2045 penduduk Indonesia diperkirakan mencapai 318,9 juta jiwa (dengan asumsi *Total Fertility Rate/TFR* bertahan di angka 2,1). Hasil proyeksi juga menunjukkan bahwa pada tahun 2045 jumlah penduduk lansia yang didefinisikan sebagai penduduk kelompok usia 60 tahun ke atas berdasarkan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 mengalami peningkatan sekitar 19,8 persen (Bappenas, 2018). Peningkatan jumlah lansia juga berdampak terhadap prevalensi penyakit dan kerentanan pada lansia. Meningkatnya angka penyakit kronis dan multi-morbiditas pada lansia merupakan kecenderungan lain yang ditemukan di Indonesia (Mahwati, 2014).

Usia Harapan Hidup (UHH) rata-rata penduduk Indonesia meningkat dari tahun ke tahun. UHH merupakan ukuran kualitas hidup penduduk di suatu negara. UHH merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengelompokkan negara maju dan negara berkembang. Data *World Bank* (2010) menunjukkan bahwa rata-rata UHH penduduk Indonesia meningkat dari 71,5 tahun pada tahun 2017 (Litbangkes-Kemenkes RI, 2018) diprediksi akan terus meningkat hingga mencapai lebih dari 78 tahun pada tahun 2050 (WHO, 2014).

Dampak peningkatan UHH bagi penduduk Indonesia menunjukkan semakin meningkatnya peluang masyarakat untuk hidup secara sehat sehingga peluang untuk hidup lebih lama semakin meningkat. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, ketersediaan obat-obatan yang signifikan, peningkatan pendidikan dan ekonomi menjadi landasan dari meningkatnya UHH. Namun demikian, UHH juga memiliki konsekuensi terhadap kondisi kesehatan lansia. Potensi menimbulkan berbagai masalah kesehatan (*multi-factorial conditions*) dan kemunduran kesehatan. Pergeseran pola penyakit terjadi pada kelompok lansia didominasi berbagai penyakit degeneratif seperti hipertensi, stroke, kanker, penyakit saluran pernafasan termasuk penyakit jantung.

Data Badan Pusat Statistik (BPS, 2018) menunjukkan bahwa rasio ketergantungan lansia tahun 2010 adalah 11,95% meningkat menjadi 14,49% pada tahun 2018. Kondisi tersebut mengakibatkan bahwa setiap tujuh (7) penduduk berusia produktif di Indonesia menyokong satu (1) penduduk berusia lanjut (BPS, 2018). Riskesdas (2018) menunjukkan makin meningkatnya proporsi ketidakmampuan (disabilitas) pada lansia ditunjukkan dengan adanya tingkat ketergantungan lansia yang bervariasi. Tingkat ketergantungan ringan sampai dengan total pada lansia dengan stroke hampir mencapai 65% diikuti cedera (26%), jantung (26%), diabetes mellitus (23%) dan rematik (23%) dari total jumlah penduduk lansia.

Data dari Kementerian Kesehatan RI (2018), angka kesakitan pada lansia di tahun 2014 sebesar 25,05% yang berarti pada setiap 100 lansia, terdapat 25 orang yang sakit. Selain itu, berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kependudukan - LIPI, faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia adalah kesehatan dan peran keluarga. Dengan kata lain bahwa lansia merasa hidupnya berkualitas jika mereka merasa sehat dan hidup dekat dengan keluarga dan tidak terisolasi. Permasalahan lain seperti faktor ekonomi juga perlu diperhatikan. Data Susenas (2018) memperlihatkan bahwa lebih dari sepertiga lansia masih aktif bekerja yang sebagian besar berpendidikan Sekolah Dasar (SD) kebawah. Melihat fakta tersebut, besar kemungkinan mereka bekerja di sektor informal dengan penghasilan yang kurang memadai.

Jumlah populasi lansia yang tinggi juga memiliki sisi positif. Wawasan dan pengalaman lansia dibutuhkan untuk dapat mendampingi, menjaga kesehatan dan mempersiapkan persalinan ibu

hamil. Selain itu, potensi besar lansia juga menambah pembelajaran bagi anak-anak. Lansia bisa menceritakan kisah-kisah heroik atau kepahlawanan di era mereka. Lansia dapat berbagi cerita tradisional yang mungkin sudah jarang terdengar. Kondisi seperti tersebut dapat terwujud bila lansia dalam keadaan sehat, aktif, dan produktif. Lansia dengan jumlah yang terus meningkat harus dipersiapkan untuk memiliki kesehatan dan kebugaran sejak dini. Dengan demikian, di masa tua nanti lansia tetap dapat bekerja dan melakukan berbagai aktivitas kehidupannya sehari-hari dengan mandiri.

Indonesia adalah salah satu negara yang rawan bencana di dunia. Hal ini disebabkan karena letak geografis di *Pacific Ring of Fire* (cincin api Pasific) dan kondisi iklim yang menyebabkan Indonesia sering menghadapi situasi darurat bencana seperti gempa bumi, tsunami, gunung berapi, banjir, tanah longsor, kemarau dan kebakaran hutan yang sering kali menimbulkan dampak buruk. Wilayah Indonesia terletak di daerah iklim tropis dengan dua musim yaitu panas dan hujan dengan ciri-ciri adanya perubahan cuaca, suhu dan arah angin yang cukup ekstrim. Kondisi iklim seperti ini digabungkan dengan kondisi topografi permukaan dan batuan yang relatif beragam, baik secara fisik maupun kimiawi, menghasilkan kondisi tanah yang subur. Wilayah Indonesia juga merupakan wilayah kepulauan sehingga rawan terhadap bencana kelautan seperti tsunami. Selain itu, sebagai negara yang memiliki jumlah gunung berapi aktif terbanyak di dunia, Indonesia pun rawan terhadap bencana letusan gunung berapi dengan frekuensi letusan beberapa kali dalam 1 (satu) tahun. Data 2019 Badan Penanggulangan Bencana Nasional menunjukkan terdapat 9.391 bencana alam dan menyebabkan sekitar 5.3 juta penduduk terdampak dan mengungsi. Pada situasi krisis akan mengakibatkan terganggunya atau ketidakterersediaan sistem pelayanan kesehatan, perlindungan dan dukungan masyarakat.

Situasi krisis akibat bencana alam atau bencana lainnya seperti terjadinya longsor, banjir bandang, gempa bumi, erupsi gunung berapi termasuk wabah pandemik seperti virus COVID-19 sangat berpengaruh terhadap kesehatan lansia dan meningkatkan kerentanan bagi lansia (Kemenkes, 2020). Pada situasi normal, lansia mendapatkan beberapa hambatan seperti jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan, kurangnya fasilitas untuk lansia yang disabilitas, waktu tunggu layanan yang

lama, kurang terjaganya privasi, tidak ada pendamping untuk mengakses layanan kesehatan, adanya kesulitan dalam mobilitas dan transportasi membuat lansia enggan mengakses fasilitas pelayanan yang disediakan. Hambatan ini akan terus meningkat selama situasi krisis kesehatan.

Hal penting lain yang perlu dicatat bahwa proses penuaan setiap individu bervariasi, terutama dalam hal kesehatan seksual dan reproduksi, dan umur yang panjang merupakan salah satu pencapaian terbesar manusia untuk itu perlunya peningkatan pelayanan publik yang dapat mendukung pelibatan lansia yang sehat dan aktif secara social, memberikan kontribusi bermakna bagi keluarga, komunitas dan negara.

Berdasarkan latar belakang tersebut, diperlukan suatu pedoman yang dapat digunakan sebagai acuan sehingga kebutuhan lansia selama situasi krisis kesehatan dapat terpenuhi. Buku Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada Krisis Kesehatan merupakan tambahan dari prioritas pelayanan Sub Kluster Kesehatan Reproduksi pada situasi krisis kesehatan.

## **B** TUJUAN

Tujuan Umum:

Bahan rujukan bagi tenaga kesehatan, relawan dan *stakeholder* yang relevan dalam penyediaan PMKL pada situasi krisis kesehatan.

Tujuan Khusus:

1. Tersedianya informasi bagi tenaga kesehatan untuk penyediaan PMKL pada situasi krisis kesehatan;
2. Tersedianya informasi bagi tenaga kesehatan dalam melibatkan lansia dan pendampingnya pada penyediaan PMKL pada situasi krisis kesehatan;
3. Tersedianya instrumen pengumpulan data dan petunjuk pengisian instrumen kesehatan lansia pada situasi krisis kesehatan.

## **C** SASARAN

1. Tenaga kesehatan di Puskesmas, Rumah Sakit, fasilitas pelayanan kesehatan lansia lainnya termasuk Pos Kesehatan di tempat pengungsian/lapangan;
2. Penanggung Jawab Program Kesehatan Lansia Tingkat Pusat, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota; dan Puskesmas.
3. Penanggung Jawab Penanggulangan Bencana/Krisis Kesehatan Tingkat Pusat dan Daerah Lintas sektor: BNPB dan BPBD, Kementerian terkait, TNI dan POLRI, Institusi Pendidikan, Lembaga Swadaya Masyarakat, organisasi kemasyarakatan yang terlibat penanggulangan bencana.
4. Mitra dalam penanggulangan bencana/situasi konflik termasuk PMI, Organisasi Profesi, Pelaku Usaha, Institusi Pendidikan, LSM (sesuai dengan kebutuhan).
5. Pihak mitra pembangunan termasuk WHO, UNFPA, WFP, NGO (sesuai dengan kebutuhan).
6. Relawan termasuk pekerja sosial dan para pemuda/i.
7. Keluarga atau Pendamping Lansia (*Caregiver*).

## **D** RUANG LINGKUP

Pedoman ini merupakan panduan dalam memberikan Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia Pada Situasi Krisis Kesehatan (akibat bencana alam termasuk pandemik) yang meliputi permasalahan kesehatan lansia secara umum dan kesehatan reproduksinya.

## **E** DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Wanita.
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
3. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (HAM) di Indonesia.
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga.
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
6. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
9. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.
10. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi.
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 79 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan.
14. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/182/2020 tentang Jejaring Laboratorium Pemeriksaan *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19).



# PERMASALAHAN KESEHATAN LANJUT USIA

## BAB 2



Pada situasi bencana, lansia merupakan salah satu kelompok yang paling rentan terkena dampak buruk bencana. Hal ini karena mereka sulit bergerak cepat untuk menyelamatkan diri dan tidak ada pendamping. Di sisi lain, tak sedikit lansia yang telah memiliki penyakit kronis sehingga kemampuan dalam menyelamatkan diri terbilang rendah. Kondisi tersebut membuat lansia semakin sulit untuk terhindar dari dampak buruk bencana alam sehingga berisiko tinggi untuk mengalami situasi krisis.

Data Riskesdas (2108) menunjukkan bahwa proporsi disabilitas semakin meningkat sesuai pertambahan usia baik penduduk di perkotaan maupun pedesaan. Akibatnya, tingkat ketergantungan seseorang untuk mendapatkan bantuan dari orang lain juga meningkat. Meskipun secara umum, sebagian besar penduduk berusia lanjut di Indonesia masih tergolong mandiri tetapi kecenderungan peningkatan ketergantungan akibat penyakit yang diderita semakin tinggi.

Kondisi fisik, penyakit kronis yang diderita, jarak yang jauh ke fasilitas pelayanan kesehatan dan terbatasnya sarana transportasi umum serta terbatasnya jumlah tenaga kesehatan menjadi hambatan lansia mendapatkan layanan kesehatan. Kondisi diatas menyebabkan lansia dapat mengalami berbagai keterbatasan secara fisik, mental dan atau sensorik dalam jangka waktu yang lama atau mengalami kondisi disabilitas.

Bencana alam mengakibatkan lansia berpotensi mengalami tekanan psikososial yang lebih tinggi dibandingkan kelompok usia yang lebih muda (Lamoureux-Lamarche et al., 2016) karena lansia kurang siap menghadapi bencana alam (Pietrzak et al., 2012a). Bencana dapat menyebabkan gangguan stres pasca trauma (PTSD) atau gangguan kejiwaan, khususnya depresi, yang dapat menurunkan kualitas hidup lansia (Pietrzak et al., 2012b; Chung et al., 2016). Diperlukan tingkat efektivitas penanganan tertentu untuk menurunkan tingkat depresi dan meningkatkan kualitas hidup lansia yang tinggal di masyarakat di daerah yang terkena bencana.

Ketersediaan data terpilah korban kebencanaan termasuk ketersediaan data lansia dalam kebencanaan sangat terbatas, berdasarkan laporan kejadian bulan September - Desember 2018 oleh LIPI pada kejadian bencana di beberapa Provinsi menunjukkan bahwa hasil layanan dan penapisan kesehatan penyintas gempa (1.007 penyintas umum) tercatat 87 lansia laki-laki dan 228 lansia perempuan yang memeriksakan diri ke Posko Layanan Kesehatan. Dari sejumlah 315

lansia tersebut, 173 lansia dilaporkan menderita hipertensi, lebih dari 200 lansia menderita sakit punggung, sakit kulit, penyakit persendian, penyakit menular seksual dan stroke. Lansia melaporkan bahwa tekanan darah lebih tinggi dibandingkan dengan tekanan darah pada saat sebelum bencana. Kondisi bencana menyebabkan memburuknya penyakit kronis, trauma diikuti dengan depresi, dan nyeri persendian dan tulang yang menyebabkan kerentanan lansia saat bencana terjadi semakin tinggi.

Mengantisipasi semakin buruknya kondisi kesehatan lansia pada situasi krisis kesehatan, pelayanan minimum kesehatan lansia pada situasi krisis kesehatan perlu dilakukan dengan cara mendekati penyintas bencana. Selain itu, penilaian kebutuhan secara cepat dan mudah (*rapid assessment*) diperlukan untuk mengetahui kondisi pengungsian, kerentanan dan keadaan lansia pada situasi krisis kesehatan.

## **A** MASALAH KESEHATAN DASAR LANJUT USIA

Lansia memiliki hak yang sama dalam mengakses layanan kesehatan dan atau bantuan kemanusiaan dengan kelompok rentan lainnya seperti ibu hamil, bayi, balita dan warga dengan disabilitas. WHO (2020) mengkategorikan lansia dalam kelompok disabilitas. Disabilitas yang dimaksud dalam pedoman ini adalah adanya penurunan kapasitas kemampuan lansia untuk dapat menolong dirinya sendiri atau memiliki ketergantungan terhadap bantuan orang lain. Ketergantungan lansia ini diakibatkan tidak hanya karena proses menua, banyaknya penyakit yang diderita tetapi termasuk ketidakmampuan mengakses informasi dan pelayanan kesehatan.

Pada situasi pra krisis atau sebelum bencana terjadi, terdapat kemungkinan kondisi lansia telah mengalami berbagai penyakit kronis degeneratif. Penyakit yang sering terjadi pada lansia di Indonesia adalah asma, kanker, diabetes mellitus, penyakit jantung, hipertensi, stroke, gagal ginjal akut, penyakit sendi (Risbinkes, 2018; BPS, 2019). Kondisi kesehatan lansia akan semakin kompleks apabila lansia menderita lebih dari satu penyakit sebagai ko-morbiditasnya. Penyakit degeneratif kronis yang diderita lansia termasuk proses menua juga berkontribusi terhadap munculnya berbagai kesulitan

yang makin memperberat kondisi kesehatan lansia sehari-hari. Kesulitan yang sering mengiringi penambahan usia pada lansia adalah gangguan penglihatan dan pendengaran, gangguan tidur, imobilisasi, gangguan keseimbangan, gangguan intelektual dan kognitif, malnutrisi, inkontinensia urin/fekal, infeksi, isolasi, polifarmasi, kemiskinan, disfungsi sexual dan gangguan thermoregulasi (pengaturan suhu tubuh).

Banyaknya penyakit yang diderita ditambah kesulitan yang dimiliki lansia menyebabkan kapasitas fungsional semakin menurun dan rentan untuk mengalami masalah kesehatan lainnya yang lebih buruk. Kondisi inilah yang harus diantisipasi tenaga kesehatan sebelum terjadi bencana karena pada saat terjadi bencana maka kondisi ini menjadi semakin berat dan kompleks.

Masalah kesehatan lain yang juga penting mendapatkan perhatian adalah yaitu masalah kesehatan reproduksi. Program kesehatan pada lansia tidak hanya menitikberatkan pada pelayanan penyakit akibat proses degeneratif tetapi termasuk masalah dalam kesehatan reproduksi. Masalah utama yang dirasakan oleh perempuan adalah ketika masa subur berakhir (menopause). Menopause adalah berhentinya kemampuan reproduksi perempuan. Biasanya terjadi pada akhir usia 40-an atau awal 50-an yang menandakan akhir dari fase subur kehidupan seorang perempuan. Sementara, pada laki-laki mengalami penurunan fungsi seksual dan kesuburan (andropause), walaupun sampai saat ini belum dapat dipastikan kapan laki-laki mengalami fase andropause jika dibandingkan masa menopause yang dialami oleh perempuan.

Peralihan dari masa reproduksi ke masa non reproduksi biasanya terjadi selama beberapa tahun, tidak terjadi secara tiba-tiba. Selama masa peralihan ini, sebagian perempuan akan mengalami gangguan, seperti rasa lemah, *hot flashes* (rasa panas dan merah pada wajah), perubahan suasana hati yang secara signifikan dapat mengganggu kegiatan sehari-hari. Rata-rata umur menopause perempuan Indonesia adalah  $48 \pm 5,3$  tahun artinya menopause pada perempuan dapat terjadi mulai rentang usia 45-53 tahun. Saat postmenopause, perempuan dapat mengalami osteoporosis karena kekurangan estrogen yang merupakan hormon untuk membantu mengatur pengangkutan kalsium ke dalam tulang pada perempuan. Biasanya gejala timbul pada perempuan usia 51-75 tahun, tetapi bisa mulai muncul lebih cepat ataupun lebih lambat. Penyakit-penyakit lain yang dapat timbul akibat menurunnya

kadar estrogen diantaranya penyakit jantung koroner, kepikunan (demensia pre-alzheimer) yang dapat menyebabkan kesulitan konsentrasi, kehilangan ingatan pada peristiwa jangka pendek.

Penurunan fungsi testosteron pada laki-laki di usia lebih dari 50 tahun, terkait dengan beberapa gejala seperti penurunan keinginan seksual/libido, kekurangan tenaga, penurunan kekuatan otot, sedih dan sering marah tanpa sebab yang jelas, berkurangnya kemampuan ereksi, mudah mengantuk dan lain sebagainya. Penilaian adanya *Andropause* dapat digunakan 10 kriteria ADAM (*Androgen Deficiency in Aging Male*), yang terdiri dari penurunan keinginan seksual (libido), kekurangan tenaga/lemah, penurunan kekuatan/ketahanan otot, penurunan tinggi badan, berkurangnya kenyamanan dan kesenangan hidup, sedih atau sering marah tanpa sebab yang jelas, berkurangnya kemampuan ereksi, kemunduran kemampuan berolahraga, tertidur setelah makan malam, dan kemampuan bekerja.

Keadaan ini dipengaruhi oleh perubahan fungsi organ tubuh dari masing-masing individu, seperti penurunan hormon dan penyakit yang menyertai. Sebagai contoh gangguan seksual yang terjadi pada laki-laki lansia adalah gangguan fungsi ereksi, ketidakmampuan penetrasi, atau ketidakmampuan mempertahankan ereksi. Gangguan ini dapat disebabkan oleh obat-obat antihipertensi, diabetes mellitus dengan kadar gula darah yang tidak terkendali, merokok, dan hipertensi lama.

Sedangkan pada perempuan lansia masalah-masalah tersebut diantaranya dapat berupa penurunan hasrat berhubungan seksual, masalah lubrikasi vagina memerlukan waktu yang lama, sekresi vagina berkurang keasaman yang berakibat meningkatnya kemungkinan terjadinya infeksi, dan bila terjadi hubungan seksual dapat terjadi iritasi pada kandung kemih dan uretra bahkan menyebabkan terjadinya anorgasme, dispareunia, dan berbagai keluhan lainnya.

Masalah kesehatan lain yang harus mendapatkan perhatian bagi tenaga kesehatan, relawan atau *stakeholder* lain adalah masalah kesehatan jiwa atau psikososial lansia. Secara umum, lansia mengalami bermacam-macam masalah kesehatan yang berkaitan dengan berbagai penyakit kronis yang dideritanya (multipatologi). Kondisi ini dapat mempengaruhi keadaan psikologis lansia seperti mudah merasa tertekan, tidak berdaya dan putus asa menghadapi penyakitnya. Perubahan psikologis ini akan semakin nyata dirasakan pada saat lansia mengalami situasi krisis seperti terdampak bencana (Hanum, Daengsari, dan Kemala, 2016).

**B****KERENTANAN LANJUT USIA**

Kerentanan lansia juga dapat disebabkan oleh menurunnya secara bertahap kebugaran fisik, menurunnya kapasitas homeostasis (keseimbangan) untuk merespon perubahan lingkungan termasuk kondisi lingkungan akibat bencana dan wabah (*Helpage International, 2013*). Perubahan fisik, mental, sosial dan spiritual makin memperberat kondisi kesehatan lansia dan termasuk dalam situasi krisis.

Lansia dimasukkan dalam kategori rentan karena telah terjadi suatu akibat dari berbagai permasalahan terutama: 1) Kejadian jatuh; 2) Menurunnya mobilitas fisik sehingga kebutuhan sehari-harinya kurang terpenuhi; 3) Sedang menderita suatu penyakit dan; 4) Terancam kematian (JCI, 2018). Rentannya kondisi lansia akan makin memburuk apabila tidak dilakukan perencanaan tindakan dengan tepat, komprehensif dan kompeten. Kondisi rentan pada lansia memberikan petunjuk bahwa lansia merupakan salah satu kelompok usia yang mudah mengalami situasi krisis (CDC, 2015). Lansia pria dan wanita memiliki kapasitas berbeda dalam menghadapi keadaan krisis. Lansia sering menerima intervensi darurat yang terlambat dan seringkali gagal untuk diperhatikan, dimanfaatkan atau ditingkatkan kapasitas dan kontribusinya dalam praktik pelayanan kesehatan. Pada situasi kondisi krisis kesehatan, para lansia yang dipaksa berpindah beresiko tinggi mengalami kekerasan termasuk pelecehan seksual, kekerasan dalam rumah tangga, eksploitasi oleh anggota keluarga, diskriminasi terhadap akses bantuan kemanusiaan, dan resiko ini semakin tinggi terjadi bagi lansia dengan disabilitas.

**Tabel 2.1. Prosentase Kerentanan Lansia Berdasarkan Jenis Bencana**

Jenis Bencana	Total Penduduk Terdampak	Total Penduduk Rentan	Jumlah Klp Lansia	% Lansia Thd Klp Rentan	% Lansia Thd Penduduk Terdampak
Gempa bumi	148,000,000	27,127,000	11,998,000	44.2	8.1
Tsunami	3,800,000	1,351,800	288,000	21.3	7.6
Gunung Api	1,100,000	244,590	124,000	50.7	11.3
Banjir	63,700,000	11,036,300	4,800,000	43.5	7.5
Tanah Longsor	40,800,000	7,689,343	3,278,343	42.6	8.0
Gel Ekstrim Abrasi	11,100,000	1,925,500	786,000	40.8	7.1
COVID-19	339,572	21,700.000	121,256	0.6	35.7

(Sumber: Sensus Penduduk, 2010; BPS UNFPA, 2014; Satgas COVID-19, 1 September 2020)

Dari tabel diatas memperlihatkan pola bahwa prosentase (%) lansia terhadap kelompok penduduk rentan yang terpapar bencana sebesar 40-50% dan lebih dari 35% yang rentan terkena penularan COVID-19 merupakan penduduk lansia.

Kategori lansia rentan (*HelpAge*, 2013) diidentifikasi berdasarkan:

- 1). Lansia lajang terisolasi yang lemah dan cacat;
- 2). Pasangan yang lebih tua terisolasi atau pasangan di mana satu atau kedua pasangan dalam keadaan tidak berdaya atau sakit kronis;
- 3). Lansia terisolasi yang hidup dengan menanggung anggota keluarga berusia muda;
- 4). Lansia terisolasi yang tinggal di keluarga yang tidak mendukung.

Tabel dibawah ini merupakan identifikasi kondisi kerentanan lansia dan langkah-langkah adaptasi terhadap kapasitas yang dimiliki lansia.

Aksesibilitas mendapatkan pelayanan kesehatan bagi lansia menjadi kompleks karena adanya berbagai keterbatasan yang dimiliki baik akibat proses menua maupun penyakit yang dideritanya. Pada tabel 2.2 menjabarkan kemampuan aksesibilitas layanan kesehatan pada lansia dan langkah adaptasi yang dapat dilakukan.

**Tabel 2.2. Kemampuan Aksesibilitas Layanan Kesehatan**

NO.	KERENTANAN	LANGKAH ADAPTASI
1	Keterbatasan mobilitas lansia untuk mengakses layanan kesehatan	Perlu disediakan 'antrian jalur cepat' yang memungkinkan akses bagi lansia yang paling lemah dan rentan di titik-titik pengiriman layanan
2	Seringkali tidak dapat naik kendaraan, sehingga lebih lambat bergerak dari yang lain dan tertinggal.	Memudahkan layanan kesehatan bagi lansia dengan masalah keterbatasan mobilitas, kesulitan naik ke kendaraan (siapkan tangga, ram buatan).
3	Tidak dapat mencapai layanan penting bila tidak ada fasilitas transportasi	Mendekatkan lokasi bantuan pelayanan kesehatan.
4	Kurang mendapatkan kesempatan untuk mengakses layanan kesehatan sama dengan kelompok usia rentan lainnya (bumil, balita, bayi, anak)	Melibatkan lansia dalam perencanaan aksesibilitas yankes akan memberikan arah dalam pemberian layanan dan mendukung kapasitas mereka untuk hidup mandiri setelah keadaan darurat berlalu.
	Diisolasi, dikucilkan dan kurang diberdayakan	
	Kehilangan alat bantu mobilitas, protesa dan kaca-mata dalam keadaan darurat.	
5	Lansia tidak secara otomatis diberi tempat berteduh oleh anak-anak dewasa mereka dan harus mencari perlindungan untuk diri mereka sendiri.	Mengintegrasikan lansia ke dalam layanan umum dan memastikan kesetaraan penyediaan layanan di semua sektor layanan masyarakat.
6	Perpisahan dari atau kehilangan anggota keluarga dapat menyebabkan isolasi, berkabung, dan kehilangan system pendukung lansia.	Menyediakan layanan pelacakan atau penyatuan kembali keluarga yang hilang atau bercerai-berai agar dapat berkumpul kembali.
7	Kekurangan obat untuk lansia yang mengalami gangguan penyakit kronis, terutama gangguan yang akan menjadi akut tanpa perawatan rutin.	Identifikasi awal lansia dengan penyakit kronis dan ketersediaan obat di fasilitas kesehatan  Penyedia program makanan memperhitungkan kemunduran kesehatan lansia pada saat penyediaan makanan.

Sementara itu, tempat pengungsian/shelter juga belum mendapatkan perhatian serius. Lansia yang tinggal di tempat-tempat pengungsian membutuhkan penanganan yang komprehensif dan melibatkan berbagai kerjasama lintas program dan sektor. Di bawah ini, tabel 2.3 menjelaskan kondisi kerentanan yang terjadi pada lansia dan langkah adaptasi yang perlu dipertimbangkan.

**Tabel 2.3. Tempat Pengungsian/Shelter dan Kerentanan Lainnya**

NO.	KERENTANAN	LANGKAH ADAPTASI
1	Lansia yang tidak secara otomatis diberi tempat berteduh oleh anak-anak mereka dan harus mencari perlindungan untuk diri mereka sendiri.	Mendirikan Posko atau klinik sederhana yang berkaitan dengan usia untuk menangani masalah seperti nyeri sendi dan penyakit lain yang berkaitan dengan penuaan.
2	Tidur di permukaan yang dingin, keras, atau lembab dapat menyebabkan timbulnya masalah persendian yang kronis berubah menjadi masalah akut dan menimbulkan kesakitan dan kelemahan. Asupan nutrisi kurang sesuai.	Memastikan obat tersedia untuk mengobati penyakit-penyakit kronis degeneratif. Penyediaan nutrisi/diet sesuai dengan kondisi penyakit lansia. Penyediaan alas tidur tambahan bagi lansia.
3	Mengelompokkan lansia bersama-sama dengan orang-orang yang tidak mereka kenal.	Mengembangkan program dukungan psikososial yang melibatkan lansia dan pendampingnya.
4	Tidak memisahkan pengungsi berdasarkan jenis kelamin, lokasi toilet yang jauh dan kurang memadai untuk kebutuhan lansia.	Menyediakan pendamping dari anggota keluarga yang lebih muda untuk membantu mengumpulkan bahan bakar atau air dan mendampingi ke toilet.
5	Kesulitan mendapatkan makanan yang sesuai kondisi lansia, bahan bakar dan air bersih.	Menyediakan makanan yang dapat dicerna, mudah dikenali dan dapat diterima secara budaya.
6	Ditinggalkannya lansia oleh keluarga dan pendampingnya.	Menyediakan peta tenda yang ditinggali oleh lansia disertai foto yang terpampang di Pos Layanan Kesehatan.
7	Kebutuhan perlindungan terhadap pencurian, perampasan, pelecehan fisik dan seksual.	Menyediakan perlengkapan untuk memberitahukan secara cepat terjadinya kekerasan dan pelecehan fisik dan seksual seperti peluit atau kentongan/panci bagi lansia yang tidak dapat meniup peluit.
	Kebingungan dan disorientasi yang disebabkan oleh perubahan mendadak ( <i>Acute Confusional State/ACS</i> )	

NO.	KERENTANAN	LANGKAH ADAPTASI
8	Kesulitan untuk mengakses bagian dari penyedia layanan pemberian makanan tambahan dan asupan nutrisi sesuai kondisi kesehatan atau diet akibat penyakitnya.	<p>Memobilisasi lansia dalam kunjungan tenda ke tenda (<i>self-help group</i>) untuk kegiatan: memberikan kesempatan lansia yang mampu membawa makanan ke lansia yang kurang mobilisasinya.</p> <p>Pelibatan ahli/penata gizi, tukang masak/chef lokal disekitar area bencana dalam penentuan diet lansia.</p>

Tenda-tenda atau bangunan yang menampung pengungsi yang terkena bencana juga memerlukan perhatian serius. Berbagai masalah dan konflik dapat terjadi di penampungan apalagi bila lama waktu tinggal berkepanjangan.

Masalah psiko-sosial dan spiritual pada lansia kerap kali kurang mendapatkan perhatian. Kondisi lansia yang rentan menimbulkan berbagai masalah yang kompleks tidak hanya fisik semata tetapi juga menyangkut masalah psiko-sosial dan spiritualnya.

Dibawah ini tabel 2.4 menerangkan adanya kerentanan dan langkah adaptasi yang dapat dilakukan:

**Tabel 2.4. Masalah Psiko-Sosial**

NO.	KERENTANAN	LANGKAH ADAPTASI
1	Menerima makanan yang tidak cocok untuk sistem pencernaan dan keadaan gigi geliginya akibat proses penuaan.	Penyediaan peralatan yang dapat dikelola lansia - misalnya, panci masak yang lebih kecil.
2	Tidak dapat meninggalkan pakaian tradisionalnya seperti sarung/kain panjang, gamis dan bentuk lain dari pakaian panjang. Pembatasan aktifitas sosial dan agama	Pelibatan lansia dalam pengembangan program dukungan psikososial yang berakar pada strategi koping yang sesuai dengan budaya.
3	Penyediaan jamban, lokasi toilet yang jauh, area tidur bercampur antara laki-laki dan perempuan dan kurangnya pemisahan jenis kelamin yang dapat memicu timbulnya konflik aturan agama tertentu, risiko pelecehan/kekerasan seksual.	Pelatihan Pengurangan Risiko Bencana (PRB) terhadap bahaya lingkungan lokal dan dampaknya. Memastikan bahwa fasilitas umum yang digunakan bersama seperti toilet, mushola atau kapel harus cukup memadai dan menyediakan ruang pemisahan untuk mengakomodasi norma-norma agama dan sosial dan mengurangi potensi penyalahgunaan.
4	Bencana menyebabkan meningkatnya ketegangan mental lansia dan keluarga sehingga menimbulkan ketidak-seimbangan emosional dan traumatik	Pelatihan penguatan ketahanan diri ( <i>resilience therapy</i> ) yang dilaksanakan pada tahap pra krisis dan dilaksanakan setelah dilakukannya <i>Psychologi First Aid/ PFA</i> di tahap tanggap darurat dan pasca krisis.

## **C** KAPASITAS DAN KONTRIBUSI LANJUT USIA

Intervensi kebencanaan sering gagal untuk memperhatikan, memanfaatkan atau meningkatkan kapasitas dan pelibatan lansia. Pengalaman panjang lansia, pengaruhnya dalam pengambilan keputusan, dan kontrol aset ekonomi membuat lansia berada di posisi yang tepat untuk mengambil peran kepemimpinan dalam keadaan darurat, mendorong penyelesaian konflik dan keadilan masyarakat, serta mendorong penyelesaian masalah, terutama jika struktur kepemimpinan yang sedang berjalan terganggu.

Lansia memainkan peran yang penting sebagai penjaga dan manajer sumber daya, sementara pengetahuan yang mereka miliki - tentang sistem bertahan hidup tradisional, teknologi tepat guna, dan obat-obatan alternatif - dapat menjadi pilihan strategi penanggulangan masyarakat pada saat dan setelah krisis berlalu. Pengalaman lansia dapat membantu melestarikan identitas budaya dan sosial masyarakat, bahkan dalam situasi krisis (seperti perselisihan pendapat penghuni tenda pengungsian yang beda usia, persoalan sensitif budaya dan keyakinan) saat berada di tenda pengungsian, lansia sangat memungkinkan dilibatkan untuk dapat mengatasi masalah atau konflik yang terjadi.

Lansia lebih cenderung menjadi pemberi bantuan daripada penerima. Perempuan yang lebih tua berkontribusi dalam hal: merawat anak-anak, orang sakit, atau anak yatim; mengajar orang-orang muda, terutama dengan contoh menghasilkan pendapatan seperti dalam pertanian, produksi makanan dan konstruksi tempat tinggal: Perhatian yang diberikan kepada lansia belum banyak. Lansia dapat dibantu untuk memenuhi peran yang begitu berharga dalam membangun kembali masyarakat, dan pengakuan atas kontribusinya seharusnya diarahkan melalui peningkatan dukungan agar dapat melimpahkan sebagian tanggung jawabnya yang lebih besar.

# PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN LANJUT USIA (PMKL) PADA KRISIS KESEHATAN

## BAB 3



Pelaksanaan Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada krisis kesehatan difokuskan pada 3 tujuan yaitu:

1. Memastikan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan umum dan reproduksi lansia;
2. Meningkatkan aspek-aspek perlindungan lansia kesehatan pada kondisi pengungsian;
3. Memenuhi kebutuhan esensial lansia lainnya melalui kemitraan multisektor: WASH (*water, sanitation and hygiene* atau air, sanitasi dan kebersihan), pengungsian/*shelter* dan ketersediaan makanan.

Di dalam pelaksanaannya PMKL dilakukan dalam tiga fase yaitu : pra krisis, tanggap darurat krisis kesehatan dan pasca bencana. Kegiatan PMKL pada tiap fase krisis/bencana disesuaikan dengan kebutuhan dari tiap fase, seperti yang dijelaskan di gambar 3.1.



**Gambar 3.1. Kegiatan PMKL Pada Tiap Fase Krisis/Bencana**

## **A** PRA KRISIS KESEHATAN

### **1. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi**

Pemenuhan kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan lansia pada situasi krisis termasuk kesehatan reproduksi sering diabaikan. Kompleksitas masalah kesehatan lansia dalam situasi tersebut harus dikenali oleh Tim PMKL agar dapat mengidentifikasi langkah-langkah tindakan sehingga meminimalisasi timbulnya masalah yang lebih besar. Kegiatan ini dimaksudkan agar dampak lanjut akibat krisis kesehatan pada lansia dapat dicegah.

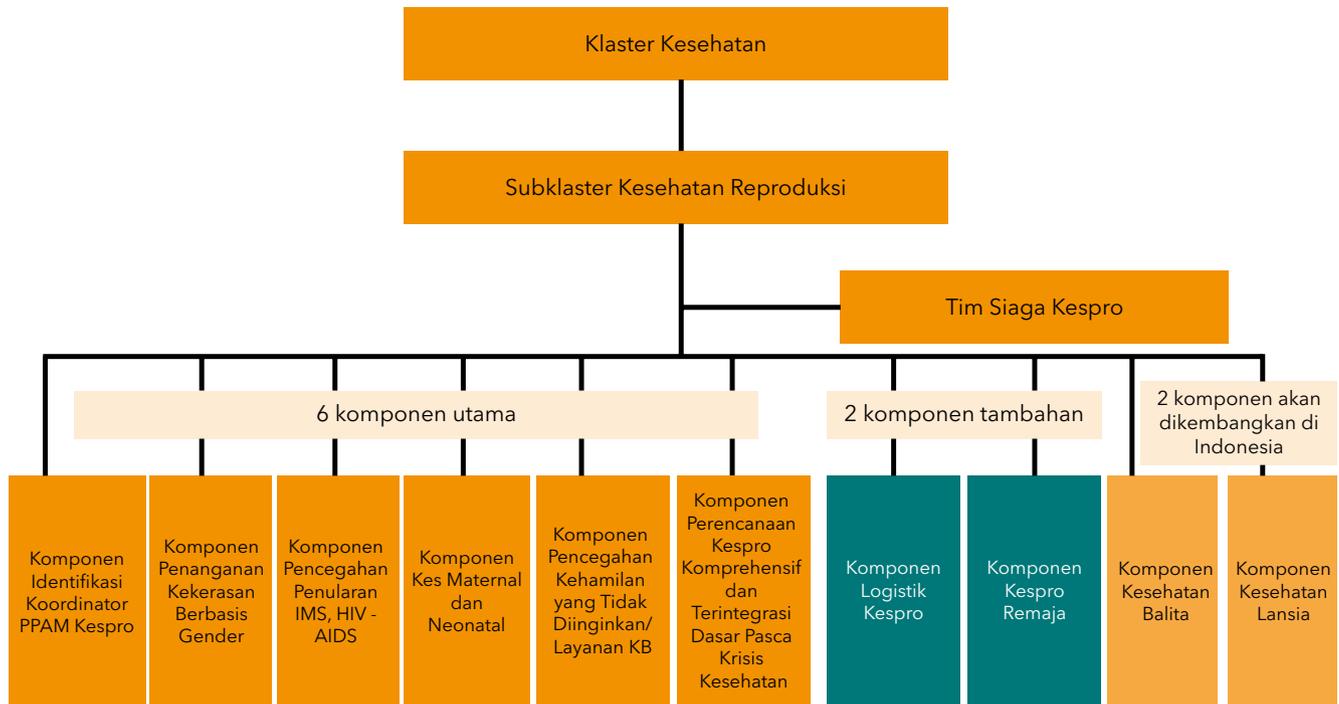
Selain tiga tujuan diatas, kegiatan prioritas tambahan lain adalah: Pelibatan masyarakat dan mitra lain (pemuda/pemuda, usia produktif) dalam mendukung peningkatan kesehatan lansia di situasi bencana. Pelibatan mitra lain perlu dipersiapkan khususnya terkait komponen kesehatan dan perlindungan bagi lansia pada pra krisis:

- a. Pembentukan Tim Subklaster Kesehatan Reproduksi Komponen Kesehatan Lansia dan mengidentifikasi mitra kerja.

Pada tahap ini, kegiatan Tim PMKL dapat meliputi:

- 1). Pembentukan Tim Siaga Kesehatan Lansia dibawah koordinasi Sub Klaster Kesehatan Reproduksi. Penanggung-jawab tim siaga kesehatan lansia bertanggung jawab kepada koordinator Sub Klaster Kesehatan Reproduksi. Tim Siaga komponen kesehatan lansia dibentuk di setiap Provinsi dan Kabupaten/Kota pada situasi pra krisis kesehatan.

## Struktur Koordinasi:



- 2) Memastikan ketersediaan data sekunder kesehatan lansia di daerah rawan bencana dan estimasi pembiayaan layanan kesehatan bagi lansia. Informasi ini akan menjadi dasar pengembangan pelayanan kesehatan lansia, estimasi besaran kebutuhan logistik populasi lansia terdampak pada tahap tanggap bencana.
- 3) Menyusun dan melaksanakan rencana kesiapsiagaan PMKL untuk tindakan antisipasi pada saat terjadi bencana. Perencanaan kegiatan ini termasuk peningkatan kapasitas pelayanan kesehatan lansia dalam menghadapi risiko bencana dan keperluan logistik pelayanan kesehatan lansia.

- 4) Mengidentifikasi mitra yang dapat diajak untuk mendukung pelaksanaan pelayanan PMKL. Mitra yang dapat dilibatkan termasuk Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dan Taruna Tanggap Bencana (Tagana) Kementerian Sosial.
- 5) Melakukan kerjasama lintas sektor dan lintas program dengan melibatkan berbagai komponen di masyarakat termasuk pemuda/i, relawan dan para penggiat kesehatan lansia termasuk perguruan tinggi dan organisasi profesi.
- 6) Menentukan mekanisme koordinasi, pembagian tanggung jawab, dan memetakan lintas sektor/program yang terkait dan terfokus.

b. Penyusunan Norma-Standar-Prosedur-Kriteria (NSPK), Sosialisasi dan Advokasi

Kegiatan Tim PMKL meliputi:

- 1) Menyusun daftar periksa prioritas (Lampiran 1);
- 2) Menyusun produk kebijakan difokuskan untuk peraturan-peraturan pemerintah daerah dalam pra krisis, penanganan tanggap darurat dan pasca krisis kesehatan termasuk Standar Operasional;
- 3) Menyosialisasi produk kebijakan yang telah dikeluarkan oleh pemerintah daerah terkait populasi lansia terdampak bencana;
- 4) Menyosialisasikan kesiapsiagaan bencana kepada masyarakat yang bertujuan untuk Meningkatkan kesadaran dan ketrampilan masyarakat tentang bencana dan dampak-dampaknya;
- 5) Melakukan advokasi dengan tujuan untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan kesehatan lansia saat krisis.

c. Pelatihan Pelayanan Minimal Kesehatan Lansia pada Situasi Krisis Kesehatan

Kegiatan Tim PMKL meliputi:

- 1) Melakukan pelatihan- pelatihan seperti: teknik melakukan *Rapid Health Assessment* (RHA), cara menggunakan instrumen deteksi kerentanan lansia,

- 2) Melakukan pelatihan teknik memberikan dukungan psikososial melalui *Psychological First Aid* (PFA) sekaligus melakukan *resilience therapy* (penguatan ketahanan individu terutama keluarga sebagai pendamping lansia). Pelatihan ini juga ditujukan untuk meningkatkan kapasitas Tim Siaga Kesehatan Lansia, kader Posbindu, relawan dan *stakeholder* lainnya dalam melaksanakan PMKL.
  - 3) Pelatihan teknis mengelola stress yang ditujukan untuk mendukung penguatan kesehatan psikososial lansia dan pendampingnya (*caregiver*). Pelatihan difokuskan terhadap cara mencegah dan mengatasi depresi dan trauma paska bencana, cara menguatkan kapasitas lansia dan pendampingnya, identifikasi kebutuhan perlindungan bagi lansia terhadap risiko kekerasan dan pelecehan seksual, persiapan lansia dan keluarga dalam menghadapi bencana.
  - 4) Pelatihan psiko-edukasi, relaksasi, restrukturisasi kognitif dan pelatihan pemecahan masalah bagi pendamping lansia.
- d. Perencanaan Kebutuhan Logistik yang diperlukan untuk PMKL
- Rincian kebutuhan logistik dapat dijelaskan sebagai berikut:
- 1) Kit Individu: bagi lansia  
Kit individu merupakan paket yang berisi perlengkapan kebersihan pribadi lansia yang terdiri atas kit lansia perempuan dan laki-laki. Kit individu dapat langsung diberikan dalam waktu 1-2 hari saat bencana kepada pengungsi lansia setelah melakukan estimasi jumlah sasaran.

**Tabel 3.1. Kit Individu Lansia Laki-laki**

<b>NO.</b>	<b>JENIS BARANG</b>	<b>JUMLAH KIT</b>	<b>KETERANGAN</b>
1	Sarung	2 lembar	
2	Handuk	1 lembar	Bahan menyerap air ukuran 30 x 70 cm
3	Sikat Gigi	1 buah	
4	Sabun mandi	3 buah (85 gr)	Minimal expired 2 tahun
5	Pasta gigi	3 buah (75 gr)	Minimal expired 2 tahun
6	Shampoo	3 botol (60 mL)	Minimal expired 2 tahun
7	Celana dalam	3 buah	Sistim serut ikat all size
8	Sandal jepit	1 pasang	Ukuran kaki 37-45
9	Sisir	1 buah	Ukuran 10-15 cm
10	Senter + baterai	1 buah	Ukuran 10-20 cm
11	Peluit	1 buah	Ukuran mini bahan stainless steel
12	Tali kalung senter dan peluit	1 buah	Tali ID card
13	Kaos Kaki Hangat	3 pasang	All size
14	Balsem hangat	2 botol	Minimal expired 2 tahun
15	Penutup Kepala/Topi Hangat	2 buah	All size
16	Gunting Kuku	1 buah	Stainless steel nail clipper
17	Tas ransel warna hitam	1 buah	Tulisan KIT LANSIA laki-laki
18	Katalog didalam dan diluar tas	2 lembar	



**Tabel 3.2. Kit Individu Lansia Perempuan**

NO.	JENIS BARANG	JUMLAH KIT	KETERANGAN
1	Sarung	2 lembar	
2	Handuk	1 lembar	Bahan menyerap air ukuran 50 x 100 cm
3	Sikat Gigi	1 buah	
4	Sabun mandi	3 buah (85 gr)	Minimal expired 2 tahun
5	Pasta gigi	3 buah (75 gr)	Minimal expired 2 tahun
6	Shampoo	3 botol (60 mL)	Minimal expired 2 tahun
7	Celana dalam	3 buah	Ukuran mix
8	BH (bra)	3 buah	Ukuran 36-42 cup B lingkar bawah payudara ____ cm
9	Sandal jepit	1 buah	Ukuran kaki 35-42
10	Sisir	1 buah	Ukuran 15-30 cm
11	Senter + baterai	1 buah	Ukuran 10-20 cm
12	Peluit	1 set	Ukuran mini bahan stainless steel
13	Tali kalung senter dan peluit	1 buah	Tali ID card
14	Kaos Kaki Hangat	3 pasang	All size
15	Balsem hangat	2 botol	Minimal expired 2 tahun
16	Penutup Kepala/Topi Hangat	2 buah	All size
17	Gunting Kuku	1 buah	Stainless steel nail clipper
18	Tissue basah	1 pak	
19	Pampers Dewasa	6 lembar	All size
20	Tas ransel warna ungu	1 buah	Tulisan KIT LANSIA perempuan
21	Katalog didalam dan diluar tas	2 lembar	



Jenis barang yang terdapat pada kit individu disesuaikan dengan kebutuhan pengungsi. Kit ini sangat diperlukan secepatnya pada saat bencana. Namun bila anggaran tidak mencukupi maka dapat dipilih barang yang sangat diperlukan saja.

**Tabel 3.3. Kit Kebutuhan Khusus Lansia**

NO.	JENIS BARANG	JUMLAH KIT	KETERANGAN
1	Tongkat	1 buah	Ukuran standar
2	Kacamata baca	1 buah	
3	Pembersih telinga	1 buah	Cotton buds
4	Baju hangat/Jaket	1 buah	All size
5	Pispot plastik	1 buah	Ukuran kecil dan tertutup
6	Jerigen air	1	Dapat dilipat

2) Kit Kebutuhan Khusus Lansia

Kit kebutuhan khusus ini berisi perlengkapan bantuan terhadap kesulitan yang dimiliki lansia. Kesulitan yang sering dialami lansia seperti penurunnya penglihatan, ketidakseimbangan saat berjalan sehingga berisiko jatuh, menurunnya suhu tubuh (perubahan thermoregulasi) dan risiko terjadinya dehidrasi. Alat bantu seperti pada tabel 2 diatas seringkali tidak sempat dibawah lansia saat terjadinya bencana.

3) Kit Penanggulangan Pertama

Kit penanggulangan pertama ini dipersiapkan para pra krisis dan **kondisi barang harus selalu dikontrol setiap bulan sekali** agar obat-obatan, makanan dan minuman tidak kadaluarsa atau *expired*. **Ganti apabila sudah mendekati masa kadaluarsa.**

**Tabel 3.4. Kit Penanggulangan Pertama**

<b>NO.</b>	<b>JENIS BARANG</b>	<b>JUMLAH KIT</b>	<b>KETERANGAN</b>
<b>A</b>	<b>Obat-Obatan dan Alat Kesehatan</b>		
1	Plester adhesive	25 lembar	Berbagai ukuran
2	Kassa adsorben untuk dressing luka	2 bungkus	
3	Masker	6 lembar	Untuk 2-3 hari
4	Obat pereda sakit	12 tablet	Persediaan 1 minggu
5	Obat diare	12 tablet	
6	Antacid	1 botol kecil	
7	Obat pencahar	3-4 tablet	
8	Vitamin	30 tablet	
9	Obat yang diresepkan dan salinan resep		Kebutuhan 2 minggu
<b>B</b>	<b>Sanitasi dan Kebersihan</b>		
1	Hand sanitizer	1 botol kecil	
2	Plastik sampah	2 lembar	
3	Plastik dengan pengikat	2 lembar	
4	Pembalut	1 pak	
5	Tisu wajah dan toilet	1 pak	
6	Popok/Pampers dewasa	4 lembar	
<b>C</b>	<b>Makanan dan minuman untuk 3-5 hari</b>		
1	Air minum	1 botol besar	perhari
2	Makanan berenergi tinggi seperti kurma, madu	1 pak kecil	Untuk 1-3 hari
3	Makanan ringan	beragam	Untuk 1-3 hari
4	Kopi atau teh	1 pak	Untuk 1-3 hari
5	Susu bubuk	5 saset	Untuk 1-3 hari

NO.	JENIS BARANG	JUMLAH KIT	KETERANGAN
<b>D</b>	<b>Fotokopi (disimpan di plastik tahan air)</b>		
1	Akta (Lahir, Pensiun, Cerai, dll)		
2	Surat Nikah		
3	SIM, BPKP, Kunci kendaraan, Kunci rumah cadangan		
4	Kartu Tanda Penduduk (KTP)		
5	Kartu Keluarga (KK)		
6	Kartu Asuransi		
7	Paspor		
8	Surat wasiat		

## 2. Aspek-Aspek Perlindungan Kesehatan Lansia

Perlindungan lansia saat pra krisis kesehatan dapat diidentifikasi melalui kegiatan:

- 1) Mengidentifikasi kerentanan dan membuat pemetaan/*mapping* lansia rentan di wilayah kerja Puskesmas.
- 2) Merancang kegiatan untuk lansia yang paling rentan termasuk mengidentifikasi penduduk rentan di wilayah perdesaan atau Kabupaten/Kota termasuk status ekonomi dan sosial lansia.
- 3) Memberi informasi dan edukasi bagi lansia dan keluarga/pendamping, serta menyediakan layanan perlindungan dan dukungan psikososial bagi lansia serta memberi dan memfasilitasi akses pelayanan kesehatan kepada lansia berkebutuhan khusus.
- 4) Meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan lansia dan memfasilitasi dukungan keluarga kepada lansia.
- 5) Melakukan langkah-langkah pencegahan terjadinya masalah dengan meningkatkan akses penyandang disabilitas lansia ke layanan perawatan, layanan rehabilitasi dan layanan dukungan lainnya.
- 6) Mengidentifikasi kebutuhan sumber daya manusia seperti kader lansia, material dan keuangan saat melaksanakan pemantauan dan evaluasi program lansia yang sedang berjalan.
- 7) Melakukan koordinasi dengan Klaster Kesehatan dan Klaster Perlindungan dan Pengungsian terkait isu-isu perlindungan lansia untuk memastikan pelayanan yang terkoordinasi dan integratif.

### 3. Kebutuhan Esensial Melalui Kemitraan Multisektor

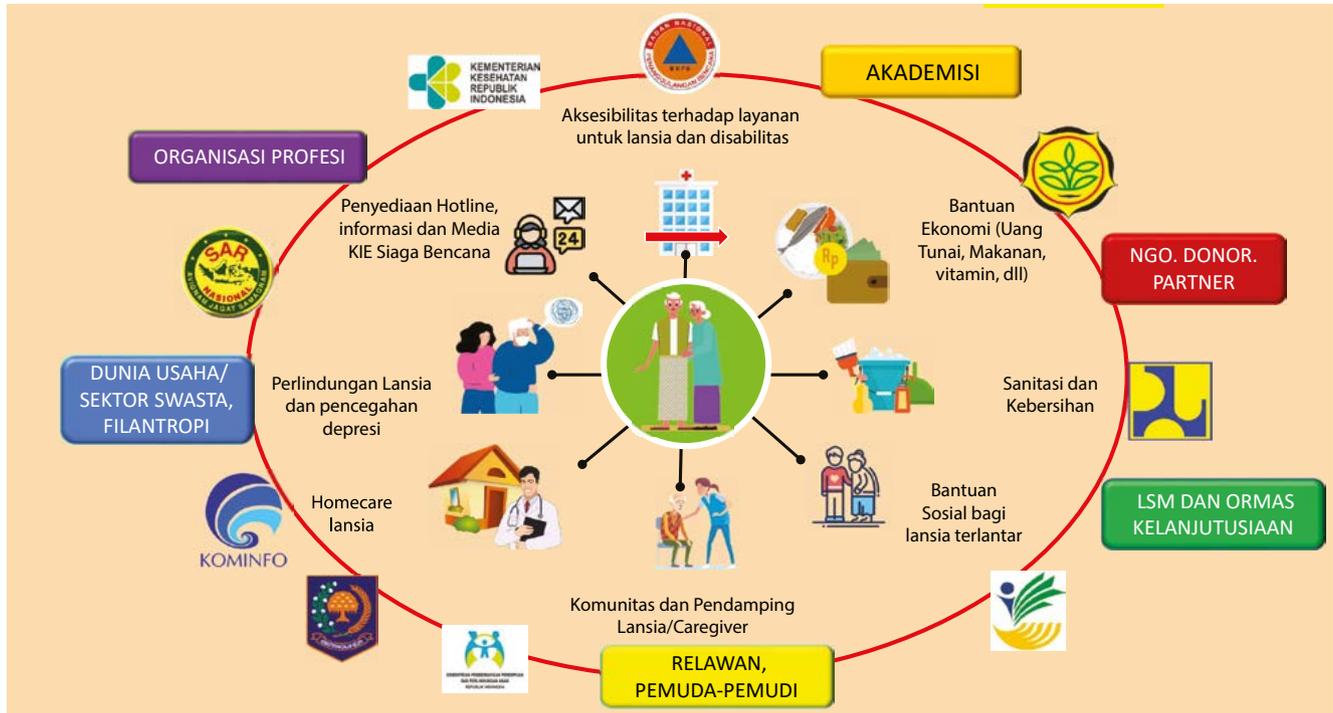
Disabilitas pada lansia dapat berarti dua makna yaitu adanya ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari akibat penyakit dan kesulitan yang dimiliki lansia.

Upaya yang dapat dilakukan agar permasalahan terkait kebutuhan esensial multisektoral dapat terpenuhi adalah sebagai berikut:

- a. Penyediaan dan Pemberian Informasi :
  - 1) Pastikan pemberian informasi yang benar dan lengkap terhadap lansia, dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami. Edukasi pada lansia yang mengalami hambatan komunikasi dan intelektual, dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa media visual atau audio.
  - 2) Pemberian informasi yang benar dan lengkap terhadap keluarga atau pendamping/*care giver* terkait tindakan yang akan dilakukan kepada lansia dan keluarga, dan apa yang dapat dilakukan oleh keluarganya.
  - 3) Pemberian informasi yang jelas, dengan bahasa yang mudah dipahami, terkait layanan kesehatan yang tersedia atau terdekat.
  - 4) Bekerjasama dengan organisasi pemerhati kesehatan lansia lokal, nasional dan internasional.
  - 5) Penyediaan nomor *hotline* dengan berbagai format yang aksesibel bagi pendamping lansia atau kelompok pendukung sebagai sarana komunikasi hal-hal yang ingin mereka ketahui tentang bencana.
- b. Bantuan bahan makanan dan uang tunai (kebutuhan khusus lain)
  - 1) Bekerjasama dengan asosiasi/ikatan/himpunan, relawan dan perguruan tinggi untuk melakukan *assesment* kebutuhan bagi lansia dengan ketergantungan tingkat sedang sampai total.
  - 2) Bantuan ekonomi berupa uang tunai dan makanan diberikan pada lansia yang terdampak bencana dan yang terisolasi karena merawat keluarganya.

- c. Pemberian bantuan sesuai dengan kebutuhan lansia untuk tetap dapat hidup sehat berupa asupan gizi/bahan makanan, vitamin dan perlengkapan untuk menjaga kebersihan.
- d. Bantuan sosial dan jaminan hidup sehingga lansia tidak terlantar dan mendapatkan penghasilan untuk diri dan keluarganya.
- e. Meningkatkan kekuatan komunitas lansia untuk saling mendukung dan membantu dalam kelompok teman sebaya, sehingga dapat mengurangi stress yang dapat berdampak pada menurunnya kualitas kesehatan.
- f. Memastikan layanan kesehatan yang tersedia terbebas dari hambatan yang terkait dengan aksesibilitas, perilaku/sikap petugas, (misalnya stigma terhadap lansia, pengabaian memberikan layanan), dan hambatan keuangan (misalnya terkait pembiayaan yang tidak sepenuhnya ditanggung BPJS).
- g. Penyediaan layanan *home visit*/kunjungan tenda atau penampungan untuk konsultasi kesehatan umum maupun yang terkait dengan penyakit dan ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah yang diderita lansia pada fase tanggap bencana.

Hal lain yang perlu dilakukan oleh Tim PMKL adalah melatih penyedia layanan kesehatan, pekerja darurat dan relawan masyarakat untuk menilai dan memprioritaskan kebutuhan dan mengambil tindakan yang tepat ketika bencana melanda, mengumpulkan pelajaran dan praktik terbaik dari keadaan darurat sebelumnya dan menggunakannya untuk mengembangkan dan memperbarui rencana kesiapsiagaan darurat.



**Gambar 3.4. Kebutuhan esensial melibatkan kemitraan multisektor pada fase pra krisis**

## **B** TANGGAP DARURAT KRISIS KESEHATAN

Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan, pelayanan diprioritaskan untuk menekan kejadian kematian, kesakitan, kekerasan dan kecacatan pada lansia. Kegiatan atau tindakan yang perlu diantisipasi pada fase tanggap darurat ini dijelaskan berdasarkan fokus PMKL, yaitu:

### **1. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi**

Langkah-langkah yang dapat dilakukan PMKL adalah sebagai berikut:

- a. Memberikan penugasan bagi penanggung-jawab PMKL dan pelaksanaan koordinasi dibawah Sub Klaster Kesehatan Reproduksi. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:
  - 1) Penetapan penanggung-jawab PMKL oleh Kepala Dinas atau Kepala Daerah setempat.
  - 2) Melakukan pertemuan koordinasi lintas program/sector dan pihak terkait dibawah koordinasi Sub Klaster Kesehatan Reproduksi.
  - 3) Mengidentifikasi isu dan data terkait kesehatan lansia, ketersediaan: sumber daya, kebutuhan logistik, WASH, ketersediaan makanan dan kualitasnya, tenda lansia ;
  - 4) Mengidentifikasi kasus kesakitan yang sering muncul dengan menggunakan data sekunder yang tersedia;
  - 5) Membuat peta wilayah terdampak bencana dan menandai lokasi dengan jumlah lansia, tingkat ketergantungan dan kerentanannya;
  - 6) Mencatat dan menentukan jumlah aktual lansia terdampak bencana;
  - 7) Mengidentifikasi dan menilai Puskesmas dan RS yang dapat dijadikan tempat rujukan bagi lansia yang membutuhkan layanan kesehatan lanjut;
  - 8) Membuat peta tenda dengan identitas lansia terdampak bencana di Posko Layanan Kesehatan disertai dengan foto lansia yang bersangkutan;
  - 9) Melaksanakan pemetaan rencana dan respon cepat dalam memberikan pelayanan kesehatan lansia;

- b. Mencegah terjadinya peningkatan kejadian sakit, cacat dan kematian pada lansia;
  - 1) Melaksanakan pelayanan tanggap darurat dengan langkah-langkah: triase kegawatdaruratan kondisi lansia, melakukan pertolongan pertama, melakukan proses pemindahan atau rujukan ke Puskesmas atau RS terdekat;
  - 2) Mendirikan Pos Pelayanan Kesehatan dengan menyediakan “antrian jalur cepat” pasien lansia, menyiapkan tangga/ram buatan, mendekatkan lokasi bantuan;
  - 3) Memastikan kewaspadaan standar dalam pelayanan kesehatan lansia;
  - 4) Memberikan pelayanan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi lansia terdampak bencana di pengungsian;
  - 5) Melakukan edukasi dan penyebaran informasi untuk mengurangi dampak bencana;
  - 6) Menyediakan pelayanan yang ramah dan santun lansia;
  - 7) Menyediakan makanan yang sesuai dengan kondisi penuaan dan penyakit yang diderita lansia;
- c. Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial – spiritual dengan melibatkan relawan atau organisasi yang bergerak di bidang penanganan masalah kesehatan jiwa atau dukungan psikososial;
  - 1) Melakukan penilaian dengan menggunakan PFA (*Psychological First Aid*) bagi pendamping lansia;
  - 2) Merujuk ke Pos Pelayanan Kesehatan bila menemukan gejala gangguan psikis seperti gelisah, menyendiri, tidak mau makan, tidak mau bergaul, tidak bisa tidur, sedih, suka menangis tanpa sebab);
  - 3) Melakukan kegiatan-kegiatan untuk mengisi waktu luang lansia dan pendampingnya selama dalam pengungsian dengan permainan terapeutik misal senam otak, senam kesehatan lansia, stimulasi kognitif, dll.
  - 4) Memastikan adanya dukungan yang asertif dan suportif terhadap lansia selama dalam pengungsian.
- d. Memastikan kelancaran mekanisme rujukan, perlindungan bagi lansia, tindakan hukum yang terkoordinasi dengan baik;

- e. Memastikan ketersediaan logistik (dapat dilihat dari tabel logistik diatas). Perlu dilakukan pemantauan terhadap kebutuhan, pendistribusian, evaluasi penggunaannya.
- f. Memastikan pembiayaan, disesuaikan dengan peraturan yang berlaku di tingkat nasional, pemerintah daerah dalam penanggulangan bencana. Pembiayaan dapat bersumber dari BNPB, BPJS, pemerintah pusat, Pemda, lembaga swadaya masyarakat lokal dan internasional, disesuaikan dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku saat tanggap bencana terjadi;

## 2. Aspek-aspek Perlindungan Kesehatan Lansia

Perencanaan kegiatan bagi perlindungan dan pelayanan lansia harus mengikuti kaidah 'tidak memperburuk keadaan' (*do no harm*), dengan kata lain menghindari terkena resiko tambahan terhadap lansia karena tindakan perlindungan yang diberikan.

Langkah-langkah perlindungan kesehatan lansia adalah sebagai berikut:

- a. Mencegah dan menangani berbagai risiko kekerasan pada lansia;
  - 1) Menyediakan layanan pelacakan atau penyatuan kembali keluarga yang hilang atau bercerai-berai;
  - 2) Memastikan lansia yang terpisah dari keluarga dikumpulkan dengan keluarga/pendamping dan terjamin keamanannya;
  - 3) Menempatkan toilet laki-laki dan perempuan secara terpisah di tempat yang aman, penerangan cukup, tidak licin, memiliki pegangan di dinding toilet dan dapat dikunci dari dalam;
  - 4) Melibatkan lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak di pengungsian untuk mencegah dan menangani kekerasan pada lansia;
  - 5) Memberikan informasi kepada para lansia dan pendamping lansia tentang risiko tindakan kekerasan melalui brosur, selebaran, radio dan media lainnya tentang pelayanan bagi penyintas kekerasan, pelecehan, perkosaan dengan nomor telpon yang dapat dihubungi 24 jam;

- 6) Memastikan tersedianya petugas yang kompeten dalam menangani kasus kekerasan dan melibatkan tokoh/kader sebagai perantara penyintas dan petugas kesehatan;
  - 7) Memastikan tersedianya layanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial;
  - 8) Mendorong partisipasi dan kesadaran berbagai pihak terkait termasuk masyarakat terhadap tindak kekerasan bagi lansia;
  - 9) Mencegah penularan HIV pada lansia aktif.
- b. Penanganan Gizi Lansia
- 1) Memastikan lansia mendapatkan bantuan makanan sesuai dengan kondisi kesehatannya;
  - 2) Melakukan koordinasi dengan Sub Klaster Penanganan Gizi terutama pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan awal di tingkat Provinsi atau Kab/Kota;
  - 3) Mengidentifikasi faktor penyulit pemberian bantuan makanan berdasarkan hasil RHA;
  - 4) Memberikan makanan tambahan dan suplemen gizi sesuai persediaan dan kebutuhan (bila memungkinkan);
  - 5) Melakukan penyuluhan dan konseling baik individu maupun berkelompok dengan materi sesuai permasalahan yang ditemukan setelah kondisi mulai relatif kondusif;
  - 6) Memantau perkembangan status gizi lansia melalui survey gizi atau dengan menggunakan data sekunder yang dimiliki Puskesmas atau Dinas Kesehatan setempat.
- c. Penanganan Kesehatan Lingkungan
- 1) Melakukan koordinasi dengan penanggung-jawab Komponen Kesehatan Lingkungan terkait: pengendalian vector penyakit, penyediaan akses dan sarana air bersih, pembuangan limbah (pampers, BAB, BAK);
  - 2) Berkoordinasi dengan Dinas Pekerjaan Umum setempat untuk pembuatan dan pengaturan jamban;
  - 3) Berkoordinasi untuk pengawasan makanan dan minuman pengungsi lansia.
  - 4) Menangani lansia dengan penyakit parah.

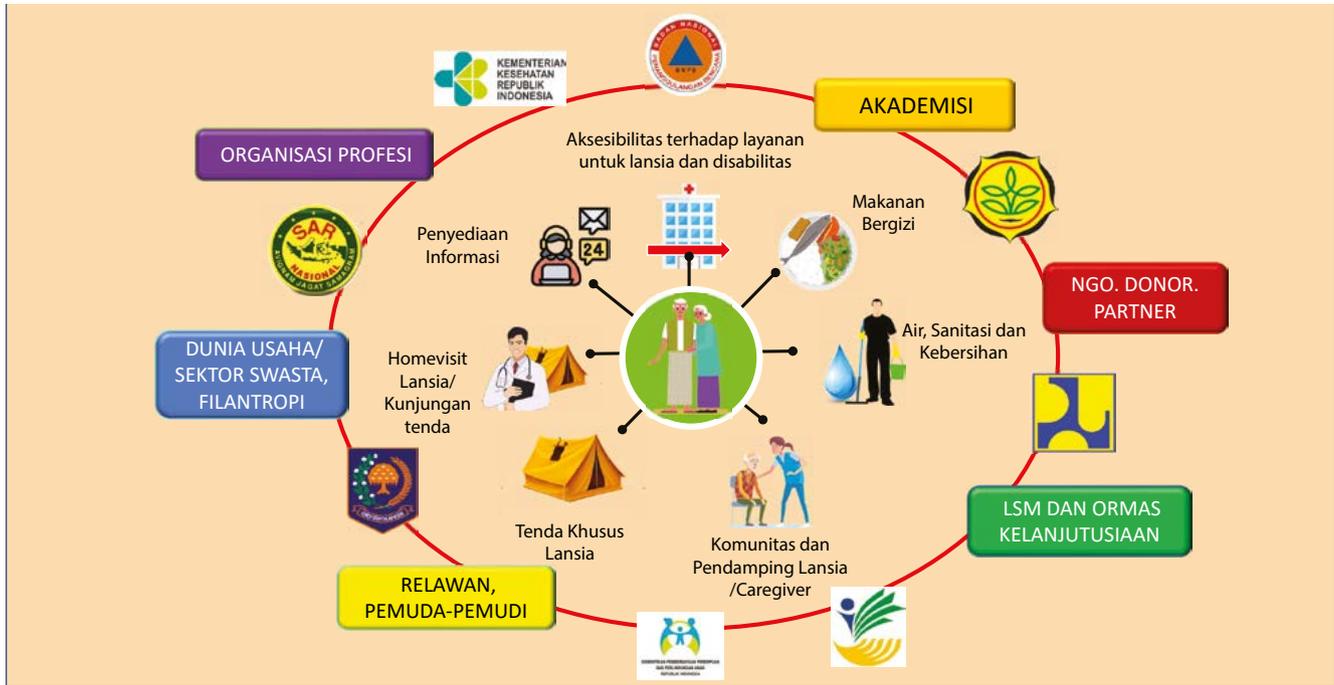
- 5) Memastikan tersedianya petugas kesehatan yang memiliki kompetensi menangani masalah kesehatan lansia;
- 6) Berkoordinasi dengan rumah sakit yang memiliki fasilitas perawatan paliatif;
- 7) Memantau kondisi kesehatan lansia yang dirujuk untuk mendapatkan perawatan paliatif;

### 3. Kebutuhan Esensial Melalui Kemitraan Multisektor

Pada fase tanggap darurat, respons mencakup aktivitas dan prosedur yang dirancang untuk meminimalkan dampak langsung dari keadaan darurat, bencana, atau krisis kemanusiaan.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Memastikan relawan, stakeholder yang terlibat mendapatkan informasi mengenai peran mereka dalam program PMKL;
- b. Melakukan koordinasi dengan Sub Klaster Pelayanan Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan rujukan di rumah sakit bagi korban lansia yang membutuhkan;
- c. Melakukan koordinasi dengan Sub Klaster Kesehatan Jiwa bila ditemukan lansia yang menunjukkan gejala trauma psikis, terpisah dari keluarga, ditinggalkan oleh keluarga atau menderita kebingungan mendadak (*Acute Confusional State*).
- d. Melakukan koordinasi dengan Sub Klaster Kesehatan Reproduksi Komponen Maternal Neonatal bila ditemukan kasus-kasus prolapse uteri/vagina pada lansia.
- e. Melakukan pelayanan lansia yang meninggal berkoordinasi dengan Sub Klaster Identifikasi Korban Mati Akibat Bencana.
- f. Menyediakan tempat berlindung/tenda, makanan dan air bersih untuk mengantisipasi adanya wabah menular akibat lingkungan yang kurang bersih pada tahap awal tanggap bencana krisis kesehatan;
- g. Memantau perkembangan dan melibatkan pemuda/i dalam evaluasi kegiatan dan perencanaan pengembangan program selanjutnya.



**Gambar 3.5. Kebutuhan esensial melibatkan kemitraan multisektor pada fase tanggap darurat**

## **C** PASCA KRISIS KESEHATAN

### **1. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi**

Kegiatan pasca krisis dapat dilakukan setelah situasi relatif tenang yaitu 3-6 bulan setelah fase tanggap darurat krisis kesehatan. Serangkaian kegiatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan penilaian ulang (survey) tingkat kerentanan dan status kesehatan lansia untuk menilai perkembangan kondisi kesehatan lansia secara umum;
- b. Memastikan pemberian pelayanan lanjutan terhadap kesehatan lansia tetap berjalan secara efektif dan efisien;
- c. Melakukan penilaian ketersediaan pelayanan kesehatan lansia;
- d. Melakukan koordinasi pelaksanaan penilaian kerusakan dan kerugian di bidang kesehatan termasuk pelayanan kesehatan lansia;
- e. Memonitor pelayanan PMKL dengan menggunakan instrumen yang tersedia;
- f. Mengevaluasi pelayanan PMKL dengan menggunakan instrumen yang tersedia;
- g. Membuat laporan bulanan, triwulan, semester sesuai format yang disediakan.

### **2. Aspek-aspek Perlindungan Kesehatan Lansia**

Tindakan perlindungan pada lansia pada fase tanggap darurat krisis kesehatan bertujuan agar lansia tetap terjaga kesehatannya, aman dan terlindungi. Bila lansia ditemukan dalam kondisi sakit parah, maka Tim PMKL dapat menyediakan atau melibatkan pelaku rawat dari *stakeholder* yang relevan. Kegiatan lain yang dapat dilakukan sejak fase pra krisis, fase tanggap darurat krisis dan pasca krisis yaitu mendorong terbentuknya komunitas peduli lansia terintegrasi di semua lapisan masyarakat.

- a. Pembentukan Komunitas Peduli Lansia  
Salah satu bentuk perlindungan kepada lansia adalah dibentuknya suatu gerakan komunitas peduli lansia dengan maksud:

- 1) Memastikan lansia aman di rumah/tenda/penampungan;
  - 2) Mendorong kehidupan sosial lansia;
  - 3) Memastikan lansia terlindung dari masalah kesehatan;
  - 4) Memastikan lansia terlindung dari masalah finansial;
  - 5) Memastikan terpenuhinya kebutuhan hidup lansia berspektif gender;
  - 6) Menghilangkan stress pada lansia khususnya lansia perempuan;
  - 7) Mengidentifikasi terjadinya tanda-tanda tindak kekerasan;
  - 8) Melaporkan ke petugas berwenang.
- b. Kerjasama Dengan Berbagai Pihak
- Selanjutnya, Tim PMKL bekerja sama dengan berbagai pihak dapat melakukan:
- 1) Mempromosikan akses ke pendidikan berkelanjutan dan pembelajaran seumur hidup di semua tingkatan;
  - 2) Mendorong pembuatan program gelar di tingkat sarjana muda dan master di universitas regional dalam gerontologi sosial dan manajemen layanan perawatan geriatri, untuk mendorong orang dewasa muda membangun karir yang relevan terhadap masalah meningkatnya jumlah penduduk lansia.
  - 3) Merekomendasikan agar para lansia diikutsertakan dalam proses persiapan, implementasi dan pemantauan kebijakan;
  - 4) Meminta badan kerja sama internasional untuk mempertimbangkan orang lanjut usia dalam kebijakan dan proyek mereka sebagai bagian dari langkah-langkah mereka untuk membantu negara-negara dalam melaksanakan komitmen yang ditetapkan dalam Strategi Regional;
  - 5) Mempromosikan dan melindungi hak asasi dan kebebasan fundamental lansia, memberantas semua bentuk diskriminasi dan kekerasan dan untuk menciptakan jaringan untuk perlindungan lansia.

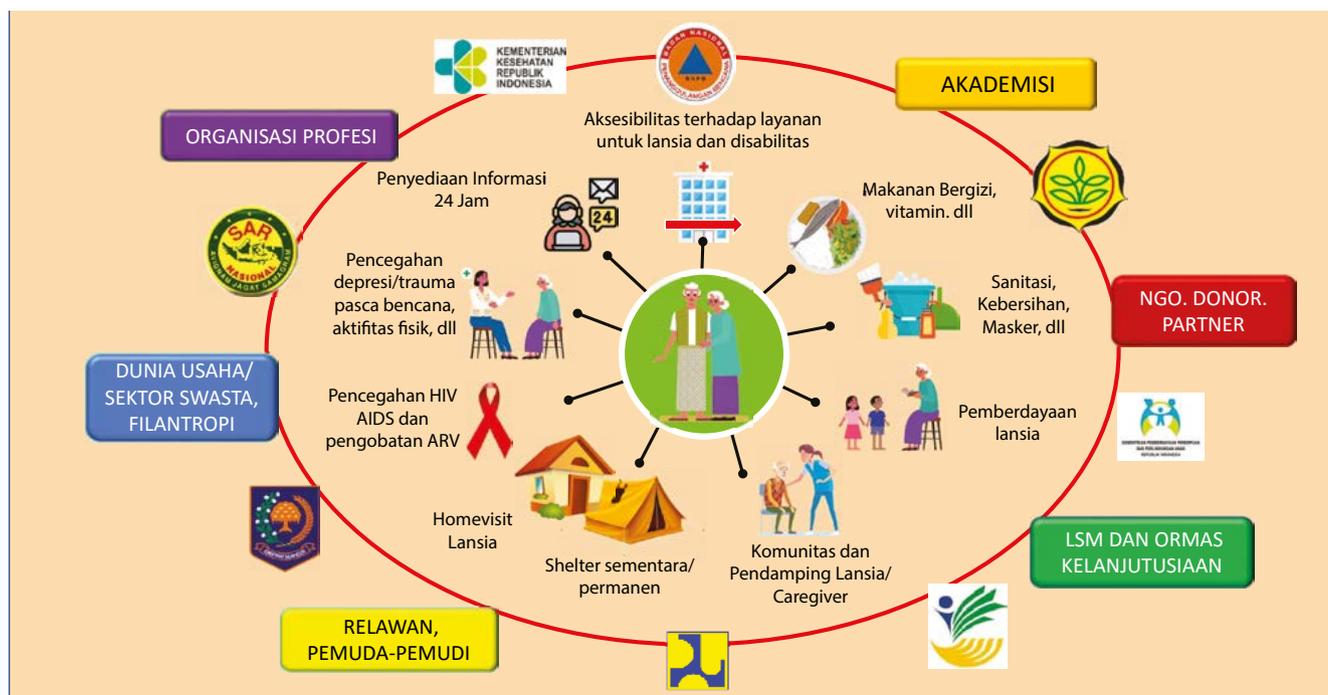
- 6) Mengamankan dan mengalokasikan dukungan pinjaman, pelatihan dan program pemasaran yang kondusif untuk hari tua yang bermartabat dan produktif bagi lansia atau kaum pemuda untuk mempersiapkan hari tua;
- 7) Memberikan akses yang adil ke layanan kesehatan komprehensif yang tepat waktu dan berkualitas, dan akses ke pengobatan dasar jangka panjang.
- 8) Melindungi hak asasi manusia dan kebebasan fundamental lansia, apakah mereka tinggal di fasilitas untuk jangka panjang atau di rumah mereka sendiri, dan untuk memfasilitasi perumusan dan penegakan hukum dan program untuk pencegahan pelecehan, penelantaran, perlakuan buruk dan kekerasan terhadap lansia;
- 9) Berdialog dan beraliansi strategis dengan Pemerintah Pusat dan Mitra Pembangunan untuk menciptakan kesadaran akan perubahan dalam struktur kependudukan, khususnya dalam hal tingkat penuaan demografis dan implikasinya terhadap ekonomi, kesehatan, sosial dan budaya;

### **3. Kebutuhan Esensial Melalui Kemitraan Multisektor**

Pemulihan berfokus pada pengembangan rencana, struktur, dan kebijakan pasca-darurat jangka menengah dan panjang. Pemenuhan kebutuhan perawatan kesehatan lansia yang berkelanjutan seperti:

- a. Memastikan kewaspadaan standar pada setiap pelaksanaan kegiatan;
- b. Memantau dan memonitor kelanjutan pengobatan ARV pada pasien dengan HIV-AIDS;
- c. Memastikan upaya pencegahan penularan HIV-AIDS tetap berjalan sesuai prosedur;
- d. Menyediakan informasi 24 jam bagi lansia dan pendampingnya;
- e. Melakukan koordinasi lintas sektor/program untuk pemulihan perumahan, pemukiman kembali pengungsi lansia;
- f. Melakukan koordinasi dan kerjasama untuk membangun kembali peran dan kegiatan sosial dan ekonomi dengan memberdayakan kemampuan lansia.

Setiap fase manajemen darurat berkontribusi pada fase berikutnya: persiapan yang baik mengarah pada respons dan pemulihan yang efektif, dan pemulihan yang terkelola dengan baik yang memperhitungkan langkah-langkah kesiapsiagaan, membuat individu dan masyarakat lebih siap untuk kejadian di masa depan. Pelajaran yang dipetik dari kelemahan dalam mengelola keadaan darurat juga berfungsi untuk memperkuat rencana kesiapsiagaan. Kegiatan penguatan individu dan keluarga lansia dalam menghadapi bencana melalui kegiatan terapi ketangguhan masih dapat terus dilakukan.



**Gambar 3.6. Kebutuhan esensial melibatkan kemitraan multisektor pada fase pasca krisis**

# PELAYANAN KESEHATAN LANJUT USIA PADA SITUASI PANDEMI

## BAB 4



Buku Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia pada Situasi Krisis Kesehatan (PMKL) ini disusun bukan hanya untuk mengelola masalah lansia dalam situasi krisis kesehatan dalam konteks bencana alam, tetapi juga untuk pengelolaan masalah kesehatan lansia dalam situasi wabah ataupun pandemik. Wabah dan Pandemi penyakit merupakan bencana non alam yang dapat terjadi kapanpun dan dimana pun.

Salah satu pandemi yang saat buku ini disusun adalah Pandemi COVID-19 yang juga dapat berjangkit pada kelompok rentan dan minoritas seperti lansia. COVID-19 adalah penyakit pernapasan akut yang disebabkan oleh *human corona virus* baru (SARS-CoV-2, yang disebut virus COVID-19), yang menyebabkan kematian lebih tinggi pada orang berusia  $\geq 60$  tahun dan pada orang dengan kondisi medis yang mendasarinya seperti penyakit kardiovaskular, penyakit pernapasan kronis, diabetes, dan kanker (UNFPA, 2020).

Pandemi secara umum merupakan epidemi penyakit yang menyebar di wilayah yang luas, misalnya beberapa benua, atau di seluruh dunia. Pandemi adalah tingkat tertinggi untuk darurat kesehatan global dan menunjukkan bahwa wabah yang meluas ini memengaruhi banyak wilayah di dunia. Pandemi suatu penyakit digambarkan bahwa penyakit ini bertahan di beberapa daerah yang baru terkena melalui transmisi lokal.

Menurut WHO (2020), suatu pandemi dikatakan terjadi bila ketiga syarat berikut telah terpenuhi: 1) timbulnya penyakit yang merupakan penyakit baru pada populasi tertentu; 2) penyebab penyakit menginfeksi manusia dan menyebabkan sakit serius; 3) penyebab penyakit menyebar dengan mudah dan berkelanjutan pada manusia. Suatu penyakit atau keadaan tidak dapat dikatakan sebagai pandemi hanya karena menewaskan banyak orang. Sebagai contoh, kelas penyakit yang dikenal sebagai kanker menimbulkan angka kematian yang tinggi namun tidak digolongkan sebagai pandemi karena tidak ditularkan.

Kelompok rentan, minoritas dan terpinggirkan yang terkena dampak COVID-19 adalah lansia, perempuan dan lansia perempuan. Kelompok ini mengalami marginalisasi dan akan menjadi semakin rentan dalam keadaan darurat. Ini disebabkan oleh faktor-faktor seperti kurangnya akses mereka terhadap sistem pengawasan dan peringatan dini yang efektif, dan layanan kesehatan.

Wabah COVID-19 diperkirakan memiliki dampak signifikan pada populasi yang paling berisiko yaitu populasi yang: 1) sangat bergantung pada ekonomi informal; 2) menempati area yang rawan guncangan; 3) kurang memiliki akses yang memadai ke layanan sosial atau pengaruh politik; 4) memiliki kapasitas dan peluang terbatas untuk mengatasi dan beradaptasi dan; 5) terbatas atau tidak ada akses ke teknologi.

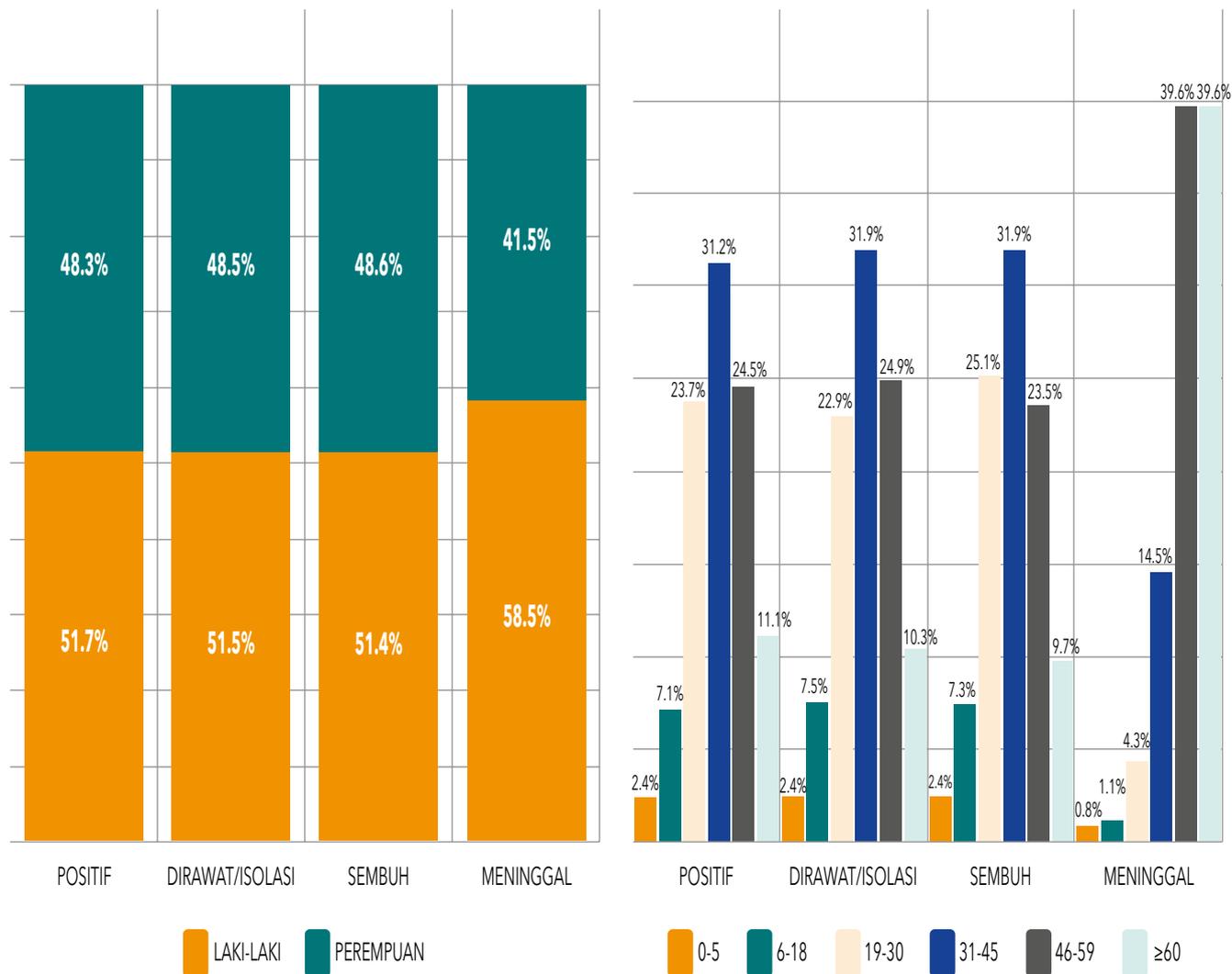
Di Indonesia berdasarkan data dari Gugus COVID-19 Badan Nasional Penanggulangan Bencana/BNPB per tanggal 1 September 2020 menunjukkan bahwa jumlah yang terpapar terjadi di 34 Provinsi dan 488 Kab/Kota sesuai dengan gambaran data dibawah ini:



(Sumber: <https://covid19.go.id/peta-sebaran>)

**Gambar 4.1. Jumlah Terpapar COVID-19 di Tingkat Nasional**

Data lansia usia 60 tahun atau lebih yang terdampak COVID-19 tergambar pada diagram dibawah ini.



(Sumber: <https://covid19.go.id/peta-sebaran> tanggal 1 September 2020)

**Gambar 4.2. Jumlah Terpapar COVID-19 di Tingkat Nasional Berdasarkan Jenis Kelamin dan Kelompok Umur**

Data diatas menunjukkan bahwa lansia yang meninggal dunia sebanyak 39,6% dari total jumlah kematian akibat COVID-19 sebanyak 7.505 orang atau 4,23% dari jumlah total penderita terkonfirmasi positif terinfeksi COVID-19 sebesar 177.571 orang. Jumlah lansia yang meninggal pada usia 45-59 tahun dan  $\geq 60$  tahun sama tingginya. Sementara, diagram diatas juga menunjukkan bahwa lansia justru menunjukkan tingkat kesembuhan relatif lebih rendah dari usia lainnya.

Pelaksanaan penanganan oleh Tim PMKL dilakukan dalam tiga fase yaitu: pra pandemi, tanggap darurat krisis kesehatan dan pasca pandemi seperti pada tabel dibawah ini:

## **A** PRA PANDEMI/BENCANA NON ALAM

Prinsip intervensi penanganan pandemi yang merupakan bencana non alam adalah harus dimulai dari diri sendiri dengan menjaga kebersihan dan menjaga jarak agar rantai penularan dapat dikendalikan atau diputuskan. Situasi pandemi paling cepat menulari kelompok rentan termasuk lansia.

### **1. Sosialisasi Faktor Risiko**

Pra bencana pada kejadian pandemi COVID-19 dapat dilakukan pada daerah zona hijau dimana masyarakat mulai mengenali tanda-tanda dan gejala-gejala non-spesifik COVID-19 pada lansia dan adanya berbagai faktor risiko tambahan dapat menyebabkan memperparah kondisi kesehatan lansia. Faktor risiko tambahan seperti adanya penyakit degeneratif kronis lebih dari satu jenis disertai adanya kesulitan akibat proses menua termasuk imobilisasi, infeksi, gangguan pendengaran dan penglihatan, inkontinensia urin/fekal, gangguan fungsi kognitif dan intelektual, depresi dan gangguan fungsi seksual.

Faktor risiko lain yang perlu disosialisasikan diantaranya adalah nilai keterlibatan perempuan tentang risiko terhadap COVID-19 sebagai berikut:

- a. Sebagai pengasuh utama bagi anak-anak, orang tua, dan orang sakit, petugas kesehatan harus mengenali dan melibatkan perempuan dalam komunikasi risiko dan keterlibatannya di masyarakat.
- b. Akses perempuan ke informasi tentang wabah dan layanan yang tersedia sangat dibatasi keterlibatannya di masyarakat yang didominasi oleh laki-laki.
- c. Memerlukan penyesuaian intervensi bila melibatkan masyarakat terkait gender, bahasa, dan budaya lokal meningkatkan penyerapan masyarakat dengan intervensi.

## 2. Sosialisasi Pencegahan Penularan

Pencegahan terjadinya penularan COVID-19 dapat disosialisasikan dengan berbagai cara dan difokuskan pada kegiatan:

- a. Menggunakan masker;
- b. Menjaga jarak dengan orang lain minimal 1 meter;
- c. Sering mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir;
- d. Tidak membuat rencana perjalanan jauh atau memasuki daerah zona kuning apalagi merah;
- e. Jauhkan dari pertemuan sosial yang mengumpulkan banyak orang;
- f. Kurangi pertemuan dengan cucu dan keluarga besar;
- g. Gunakan teknologi untuk bertukar kabar seperti telepon pintar, pertemuan virtual, *video call*;
- h. Pastikan lansia tetap menjalankan rutinitas hidup sehat;
- i. Ajarkan tentang protokol kesehatan pada pengasuh/caregiver dan anggota keluarga;
- j. Siapkan stok obat yang biasa diminum 2-3 bulan.

## **B** TANGGAP BENCANA NON ALAM

Dengan memahami kompleksitas masalah ini, maka perlu ada panduan terhadap kapasitas populasi rentan dalam keadaan darurat. Prioritas bantuan yang melibatkan lansia dalam proses pengambilan keputusan untuk dapat merespon segera, mengikuti prosedur pemulihan, mengantisipasi tindakan kesiapsiagaan, dan melakukan berbagai tindakan pengurangan risiko.

### **1. Lansia adalah Kelompok Paling Rentan**

Gambaran kondisi diatas menjadi alasan mengapa buku pedoman PMKL ini juga membahas tentang masalah yang dapat terjadi pada lansia di situasi pandemi. Bukti pandemi COVID-19 menunjukkan bahwa lansia adalah kelompok yang paling rentan dengan tingkat kematian yang tinggi. Alasan lainnya termasuk:

- a. Tidak selalu dapat pergi ke layanan kesehatan atau layanan yang diberikan tidak memadai untuk lansia.
- b. Mungkin mengalami kesulitan merawat diri mereka sendiri dan bergantung pada keluarga atau pengasuh. Kondisi ini bisa menjadi lebih rumit dan kompleks dalam keadaan darurat.
- c. Kurang memahami informasi/pesan yang diberikan atau tidak dapat mengikuti instruksi.
- d. Lansia di fasilitas yang dibantu hidup tinggal berdekatan satu sama lain dan sulit untuk mempertahankan menjaga jarak.
- e. Akses ke informasi seringkali menjadi penghalang bagi para penyandang disabilitas yang memiliki kebutuhan komunikasi khusus.
- f. Lansia sering dikecualikan dari proses pengambilan keputusan dan memiliki akses yang tidak sama ke informasi tentang wabah dan ketersediaan layanan.
- g. Lansia dapat terisolasi secara sosial jika tidak bergabung dalam komunitas secara teratur melalui mantan teman-teman saat aktif bekerja atau sekolah, misalnya dalam kegiatan reunion.

Pada situasi tanggap pandemi, lansia merupakan kelompok rentan yang cukup sulit untuk dilakukan isolasi/ karantina. Memisahkan lansia untuk diisolasi dengan keluarga dan masyarakat sekitar dapat menimbulkan permasalahan baru termasuk kesepian, merasa tidak berdaya dan merasa diabaikan. Isolasi lansia yang terkonfirmasi positif COVID-19 ditujukan untuk deteksi dini dan mengurangi risiko penularan. Lansia yang terkonfirmasi perlu mendapatkan isolasi secara mandiri selama 14 hari. Kriteria Karantina dan Isolasi Mandiri Lansia di Rumah dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 4.1. Kriteria Karantina dan Isolasi Mandiri Lansia di Rumah**

PARAMETER	KARANTINA MANDIRI (RUMAH)	ISOLASI MANDIRI (RUMAH)
Definisi	Proses karantina dan isolasi yang dilakukan secara mandiri dilaksanakan di rumah atau tempat yang tidak dikelola oleh pemerintah dengan tetap mengikuti arahan dari petugas setempat dengan pengawasan oleh petugas kesehatan yang ditunjuk	
Jenis Tindakan	Pemantauan suhu dan gejala baik yang dilakukan secara mandiri dengan dipantau oleh petugas maupun dilakukan secara aktif oleh petugas secara langsung dengan mendatangi lokasi	Pemantauan suhu, gejala dan tanda perubahan harian oleh petugas kesehatan  Pemberian obat-obatan sesuai dengan gejala sesuai anjuran dan sepengetahuan petugas kesehatan  Menyediakan layanan konseling psikologis
Ketersediaan Masker	Penggunaan masker hanya bila ada kontak dengan orang luar	
Privasi/ tempat tidur	Kamar tidur terpisah dengan penghuni lainnya	
Teras atau akses ruang terbuka	Disesuaikan untuk memungkinkan ventilasi yang baik, pencahayaan dan ada aktivitas fisik (jika memungkinkan)  Sebaiknya tersedia ruang terbuka dengan sinar matahari cukup untuk berjemur demi kesehatan, olahraga, memberikan aspek kesegaran dan menghindarkan stress dengan tetap melakukan tindakan pencegahan infeksi  Terdapat papan informasi untuk menempatkan materi-materi edukasi, komunikasi dan informasi, termasuk nomor-nomor penting yang bisa dihubungi	

PARAMETER	KARANTINA MANDIRI (RUMAH)	ISOLASI MANDIRI (RUMAH)
Lokasi	<p>Tidak dalam pemukiman yang padat dan terdapat jarak lebih dari 2 meter dari rumah lainnya.</p> <p>Terdapat akses kendaraan roda empat.</p> <p>Bangunan dan lokasi aman dari ancaman bahaya lainnya seperti banjir, tanah longsor, tsunami atau gempa.</p>	
Ketersediaan Air Bersih	<p>Ketersediaan air bersih yang mencukupi sesuai dengan standar yang berlaku dan dipastikan adanya sistem penyediaan saluran air bersih yang baik (terdapat tempat penampungan air dan saluran ke fasilitas MCK, tempat cuci tangan, tempat cuci pakaian dan peralatan makan).</p> <p>Fasilitas air bersih dibersihkan dengan desinfektan minimal 1x sehari.</p>	
Fasilitas Cuci Tangan Pakai Sabun	<p>Disediakan fasilitas CTPS terpisah dengan penghuni lainnya dan selalu dibersihkan dan didisinfeksi.</p> <p>Jangan menggunakan lap yang sama. Untuk orang yang dikarantina lebih dianjurkan menggunakan kertas tissue.</p> <p>Sediakan tempat sampah tertutup untuk sampah tissue dan sampah lainnya. Terdapat prosedur pengelolaan sampah.</p> <p>Sediakan hand sanitizer bila memungkinkan.</p> <p>Fasilitas air bersih dibersihkan dengan desinfektan minimal 1x sehari</p>	
MCK	<p>Sebaiknya terpisah dengan penghuni rumah lainnya, jika tidak memungkinkan maka harus sering dibersihkan (minimal 1x sehari dan setiap setelah digunakan oleh orang yang dikarantina) dengan desinfektan.</p> <p>Ketersediaan air bersih mengalir yang memadai.</p> <p>Pastikan aksesibilitas disesuaikan untuk kebutuhan penghuni yang lokasinya dekat dari lokasi perawatan dan tidak digunakan orang lainnya.</p> <p>Sediakan peralatan kebersihan diri (hygiene kit misalnya odol, sikat gigi, sabun, sisir, dll) dalam wadah sendiri-sendiri dan tidak berbagi dengan yang lain. Sediakan pula pembalut untuk perempuan dalam jumlah yang cukup dan jenis yang sesuai.</p>	

PARAMETER	KARANTINA MANDIRI (RUMAH)	ISOLASI MANDIRI (RUMAH)
Cuci pakaian	<p>Terpisah dari anggota keluarga lain, dan jika mencuci direndam dengan detergen.</p> <p>Menggunakan masker dan sarung tangan dari karet saat mencuci.</p> <p>Cuci tangan pakai sabun selama 20 detik sesudah mencuci pakaian.</p>	
Drainase	<p>Saluran air yang tidak mengalir ke lingkungan luar, dapat disalurkan langsung terkoneksi dengan Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) atau menuju tempat septictank yang ada dan kondisi septictank yang sesuai standar SNI.</p>	
Sampah	<p>Sampah dimasukkan kedalam plastik terpisah yang diletakkan dalam kamar, saat mengambil harus menggunakan masker dan sarung tangan.</p> <p>Cuci tangan pakai sabun setelah membuang sampah.</p> <p>Edukasi penanganan sampah infeksius dan komunikasi dengan dinas kesehatan terkait pengelolaan sampah termasuk sampah infeksius, termasuk sampah tissue, sampah yang terkontaminasi dengan cairan tubuh, dan sampah pembalut.</p>	
Ventilasi	<p>Ventilasi alami. Terdapat jendela yang cukup dan bisa dibuka dengan aliran udara yang baik dan lancar (60 liter/detik).</p> <p>Untuk kamar terpisah maka satu kamar satu ventilasi/jendela (aliran udara tunggal) lebih baik.</p> <p>Ruangan juga perlu ventilasi yang baik untuk menjaga kenyamanan (dari panas atau dingin).</p>	
Logistik Makanan	<p>Disediakan oleh keluarga atau warga sesuai dengan kesepakatan atau dengan memanfaatkan dana pemerintah daerah yang dikelola oleh warga setempat.</p> <p>Pastikan kebersihan makanan yang disajikan. Termasuk bila menggunakan layanan pesan antar (delivery) makanan.</p> <p>Disajikan makanan yang bergizi dan seimbang. Menyesuaikan pula dengan kebutuhan penghuni (misalnya makanan lunak untuk lansia).</p> <p>Tersedia akses air minum.</p>	

PARAMETER	KARANTINA MANDIRI (RUMAH)	ISOLASI MANDIRI (RUMAH)
Peralatan Makanan	Gunakan alat makan yang berbeda dengan penghuni lainnya, cuci dengan menggunakan air dan sabun cuci piring.  Gunakan sarung tangan saat mengumpulkan peralatan makan. Hindari menyentuh wajah saat memindahkan dan membersihkan peralatan makanan yang sudah digunakan.  Cuci tangan pakai sabun saat sesudah membersihkan peralatan makan.	
Penerangan	Memiliki penerangan dan sumber listrik yang memadai (dapat didukung dengan sumber listrik/penerangan cadangan).  Memastikan cahaya terang di area ruangan, selasar dan toilet.	
Alat Medis	Disesuaikan dengan kebutuhan dan panduan dari petugas kesehatan setempat  Penyediaan obat-obatan dan P3K, terutama bagi yang memiliki penyakit bawaan lainnya.	
Akses Hiburan	Ada akses hiburan misalnya televisi, buku atau internet	
Fasilitas Ibadah	Terpisah dengan penghuni lainnya dan menggunakan peralatan ibadah sendiri. Peralatan perlu dibersihkan setiap hari.	
Keamanan	Ada petugas yang melakukan pemantauan dengan berkoordinasi dengan gugus tugas setempat  RT/RW (satuan gugus tugas tingkat RT/RW) juga dapat berkoordinasi dengan pihak kelurahan/BPBD setempat untuk mendapatkan bantuan dan penjagaan keamanan.	
Aksesibilitas	Seluruh ruangan (tempat tidur, MCK, fasilitas cuci tangan, ruang ibadah, ruangan lainnya untuk istirahat) perlu disesuaikan dengan kebutuhan aksesibilitas untuk seluruh penghuni, termasuk bagi orang yang memiliki disabilitas fisik (misalnya menggunakan kursi roda), disabilitas sensoris (misalnya gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran), disabilitas mental dan disabilitas intelektual serta lansia.  Pendamping perlu memahami juga dampak dan risiko COVID-19 terhadap penyandang disabilitas serta upaya pencegahan penularan. Pendamping dalam kondisi sehat, tidak memiliki gejala, dan bukan dalam golongan kelompok berisiko tinggi COVID-19 (yaitu lansia, ibu hamil, memiliki penyakit bawaan lainnya).  Alat bantu mobilitas (seperti kursi roda, tongga penyangga, 'walker' atau penyangga untuk berjalan dan tongkat putih) sesering mungkin dibersihkan menggunakan cairan antiseptic atau desinfektan.	

PARAMETER	KARANTINA MANDIRI (RUMAH)	ISOLASI MANDIRI (RUMAH)
Akses evakuasi	<p>Memiliki akses untuk evakuasi terutama jika muncul gejala COVID, terdapat daftar nomor darurat seperti ketua Satuan Gugus Tugas RT/RW/Kelurahan, Focal Point Fasilitas Layanan Kesehatan-Rumah Sakit/Puskesmas.</p> <p>Koordinasi dengan fasilitas layanan kesehatan terdekat untuk rujukan bila kondisi kesehatan memburuk.</p> <p>Memiliki rencana evakuasi (menggunakan ambulans, atau moda transportasi lainnya) dan juga mempertimbangkan bila terjadi ancaman bencana lainnya seperti gempa, banjir, tanah longsor, dan tsunami, dimana prosedur evakuasi perlu tetap memperhatikan jaga jarak dan prosedur karantina dan/atau isolasi.</p>	
Relasi Dengan Warga Sekitar	<p>Sosialisasi dan edukasi dengan warga sekitar perlu dilakukan untuk mencegah stigma (persepsi negative), diskriminasi dan penolakan dari warga setempat.</p> <p>Masyarakat memahami risiko dan upaya yang harus dilakukan berkoordinasi dengan petugas. Bantu jika ada kondisi yang memburuk dan pemahaman yang baik terkait keberadaan dan fungsi fasilitas shelter yang disediakan.</p> <p>Koordinasi perlu dilakukan dengan struktur pemerintah setempat (RT/RW/Kel) serta dengan pihak keamanan setempat agar tidak ada gejolak sosial;</p> <p>Masyarakat sekitar ikut menjaga situasi yang kondusif di lingkungan fasilitas</p>	
Keluarga	<p>Harus memahami bagaimana upaya pencegahan infeksi: cara Cuci Tangan Pakai Sabun/CTPS yang baik, ketika batuk dan bersin, cara membersihkan perabotan, cara melakukan disinfeksi dirumah, cara menyiapkan makanan, cara mencuci pakaian, cara berkomunikasi dengan orang dalam karantina</p>	
Akomodasi Petugas Kesehatan	Tidak diperlukan	
APD Petugas/Yang Melakukan Perawatan Langsung	Tidak diperlukan	

(Sumber : Panduan Penyiapan Fasilitas Untuk Karantina dan Isolasi Terkait COVID-19 Berbasis Komunitas, Kementerian Sosial, Mei 2020)

## 2. Penyesuaian Terhadap Kondisi Rentan Lansia

Selanjutnya, perlu dilakukan penyesuaian-penyesuaian bagi kelompok rentan dan memiliki kondisi disabilitas seperti lansia meliputi:

- a. Mengembangkan pesan khusus untuk menjelaskan risiko bagi lansia dan cara merawatnya terutama di tatanan layanan rumah (*homecare*). Sasaran anggota keluarga, Penyedia layanan kesehatan dan pengasuh/pendamping lansia (*caregiver*).
- b. Melibatkan lansia untuk menanggapi umpan balik spesifik untuk kepentingan kesehatan mereka.
- c. Menyebarkan informasi yang menggunakan bahasa yang jelas dan sederhana. Memberikan informasi dalam format yang dapat diakses seperti cetakan besar, penggunaan warna yang mencolok, bentuk teks atau video atau materi dalam jaringan (daring) untuk orang yang menggunakan teknologi bantu.
- d. Melibatkan tim komunikasi risiko untuk mendapatkan informasi yang akurat dan melibatkan masyarakat untuk penyebaran informasi pencegahan penularan COVID-19.
- e. Melibatkan organisasi profesi dan pemerhati kesehatan lansia untuk berkonsultasi dan pengambilan keputusan dalam upaya pencegahan, promosi kesehatan, proses pengobatan dan proses rehabilitasi lansia terhadap penularan COVID-19.
- f. Memberikan pendekatan yang disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan individu, bekerja dengan pengasuh pribadi/*caregiver* dan jejaring dukungan sosial lainnya.

Penanganan pandemi COVID-19 berbasis komunitas untuk kelompok lansia memiliki pendekatan yang berbeda dalam pemberian perawatan kesehatan dan keterlibatan sosial. Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam menanggapi COVID-19 dan memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang sedang berlangsung, terutama yang paling rentan. Pendekatan yang komprehensif dan terkoordinasi untuk kegiatan berbasis masyarakat memberikan kesempatan untuk memperkuat ketahanan berbasis masyarakat dalam pemulihan dini dan penanganan berkelanjutan. Pendekatan tindakan pencegahan morbiditas dan mortalitas melalui layanan berbasis masyarakat termasuk: 1) Mencegah penyakit menular; 2) Menghindari perburukan kekambuhan penyakit dan kegagalan pengobatan; 3) Mengambil tindakan spesifik untuk melindungi populasi yang rentan; 4) Mengelola kondisi darurat.

### 3. Ketika Lansia Terpapar COVID-19

Apabila lansia terjangkit COVID-19 maka yang perlu dilakukan adalah:

- a. Laksanakan protokol kesehatan dengan disiplin: Memakai masker, Menjaga jarak & Mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir (3M).
- b. Patuhi program penanganan dan pengobatan yang diberikan oleh petugas kesehatan dan Pemerintah.
- c. Jaga pola hidup sehat: dengan makan makanan bergizi seimbang sesuai dengan diet masing-masing.
- d. Jika memiliki penyakit kronis: pastikan lansia tidak putus obat, dan memiliki stok obat yang mencukupi.
- e. Jika lansia penderita diabetes: cek berkala tekanan darah, dan kadar gula darah.
- f. Jika lansia memakai inhaler: pakailah seperti biasa, segera hubungi dokter jika demam, dan sesak nafas tidak membaik.
- g. Minta bantuan keluarga untuk keluar rumah membelikan kebutuhan pribadi.
- h. Mendapatkan informasi terkait COVID-19, seperti cara mengakses bantuan medis, dimana fasilitas kesehatan yang bisa diakses.
- i. Agar tidak bosan, lansia dapat melakukan gerak badan senam yoga, latihan pernafasan, membaca buku/majalah, mendengarkan musik favorit, melakukan hobi berkebun, dll.

### **C** PASCA PANDEMI/BENCANA NON ALAM

Data Gugus Kendali COVID-19 menunjukkan bahwa tingkat kematian akibat virus corona hampir 50% terjadi pada lansia, dan lebih banyak pada lansia dengan komorbiditas seperti menderita Diabetes Mellitus, Penyakit Paru-paru dan Jantung, Hipertensi dan lainnya. Promosi kesehatan dalam upaya penguatan ketahanan diri lansia agar lansia tetap bertahan dalam pandemi COVID-19 adalah sebagai berikut:

- a. Belum ada bukti bahwa lansia dapat terjangkit virus corona lebih mudah dari kelompok usia lain, namun ahli mengatakan bahwa bila kelompok usia 60 tahun ke atas terjangkit virus tersebut maka dampaknya akan lebih mengancam kehidupan.
- b. Cara untuk melindungi lansia dari virus corona
  - 1) Pahami dan ikuti pedoman yang telah diberikan WHO (2020) dan Kementerian Kesehatan (2020)
  - 2) Hubungi dokter untuk menyiapkan persediaan obat untuk penyakit kronis selama 2-3 bulan
  - 3) Gunakan teknologi untuk tetap terkoneksi
  - 4) Ingatkan pemberi bantuan kesehatan untuk menjaga kebersihan saat mendampingi lansia
  - 5) Batasi kontak dari luar ke rumah lansia untuk menghindari penyebaran virus
  - 6) Tetap aktif meskipun dalam situasi pandemi seperti cukup tidur, makan sehat dan olahraga ringan
- c. Jaga kebersihan dan kesehatan
  - 1) Mencuci tangan sesering mungkin dengan air dan sabun selama 20 detik atau hand-sanitizer berbasis 70% alkohol
  - 2) Tutup mulut dan hidung dengan tisu atau lekuk siku ketika batuk atau bersin
  - 3) Jauhi kontak dengan orang yang sakit
  - 4) Bersihkan dan disinfektasi seluruh alat di rumah, seperti gagang pintu dan meja, ikuti instruksi pada label di botol desinfektan yang disarankan
- d. Tetap mengikuti perkembangan berita lokal
  - 1) Apabila masih tersebar secara luas, tetap berada di rumah
  - 2) Apabila memiliki demam, batuk atau sesak napas segera hubungi dokter
  - 3) Apabila ada sesak napas, bibir membiru, dan kebingungan, ini adalah pertanda bahaya, hubungi 911

- e. Membuat daftar yang harus dilakukan ketika terjangkit virus
  - 1) Ketahui siapa yang akan mendampingi ketika pendamping kesehatan sakit
  - 2) Hubungi dokter atau pemberi layanan kesehatan untuk mendapatkan obat yang dibutuhkan sebagai simpanan selama beberapa waktu ke depan
  - 3) Isi persediaan rumah tangga dan belanja bulanan untuk beberapa minggu
- f. Masyarakat umum/relawan dapat membantu Lansia terhindar dari risiko terjangkit virus COVID-19 dengan cara sebagai berikut
  - 1) Perhatikan di sekitar anda: apakah ada lansia terlantar/ hidup sendiri/ miskin/ memiliki penyakit demensia atau disabilitas psikososial.
  - 2) Lansia dengan demensia: harus mendapat informasi dengan cara yang mudah dipahami dan perlu mendapat dukungan agar tidak stress dan khawatir.
  - 3) Lansia dalam isolasi: harus mendapat informasi yang sebenarnya mengenai resiko yang mungkin terjadi dan peluang untuk sembuh.
  - 4) Instruksi mengenai cara penggunaan masker: dan desinfektan, dll harap dikomunikasikan dengan sabar, jelas dan dipahami.
  - 5) Jika lansia yang tinggal di Panti mengalami gejala: lakukan isolasi mandiri dengan memindahkan ke kamar pribadi dan tunjuk pendamping/ perawat khusus untuk merawat lansia tersebut.
  - 6) Libatkan lansia yang memiliki keahlian, pengalaman dan kekuatan untuk menjadi relawan dalam respon COVID-19. Lansia dapat memberikan dukungan sebaya, maupun dukungan pengasuhan anak bagi tetangga yang sedang dikarantina (pasien dalam pengawasan).
  - 7) Sarankan orang yang lebih tua untuk memiliki, jika mungkin, dua minggu obat-obatan dan persediaan kritis, ulangi resep dan memastikan penyediaan alat bantu;
  - 8) Pastikan akses ke makanan bergizi untuk orang tua yang tinggal sendiri atau dilembagakan;
  - 9) Ketahuilah bahwa orang yang lebih tua, khususnya dalam isolasi dan dengan keterbatasan, dapat menjadi lebih cemas, marah, dan stres;

- 10) Berikan saran praktis dengan cara yang jelas, ringkas, terhormat, tenang dan ulangi fakta sederhana sesering yang diperlukan;
- 11) Diskusikan perencanaan perawatan lanjutan dan kemungkinan perawatan paliatif (termasuk perawatan akhir hidup);
- 12) Libatkan tenaga kesehatan masyarakat untuk orang lanjut usia yang tergantung pada perawatan dan diskusikan rencana alternatif untuk memastikan kesinambungan perawatan, dan tindak lanjut jika orang tersebut gagal menghadiri janji temu.



# MONITORING DAN EVALUASI

## BAB 5



Kegiatan monitoring dan evaluasi (Monev) dilakukan pada setiap tahapan krisis kesehatan. Monev bertujuan agar Tim PMKL mendapatkan informasi-informasi yang relevan dan valid terkait pelaksanaan Kegiatan PMKL mulai dari fase pra krisis, tanggap darurat krisis dan pasca krisis. Informasi hasil monev dapat dikembangkan dalam penyusunan rencana selanjutnya atau melakukan modifikasi dari perencanaan yang ada disesuaikan dengan situasi dan kondisi lokasi bencana.

Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk:

- 1) Memastikan keberhasilan atau kegagalan/hambatan pelaksanaan Kegiatan PMKL;
- 2) Mengidentifikasi permasalahan dan kendala pelaksanaan PMKL;
- 3) Memastikan akuntabilitas pelaksanaan PMKL;
- 4) Memastikan ketersebaran logistik dan penggunaan kit kesehatan lansia yang diberikan oleh PMKL kepada para lansia;
- 5) Memastikan kesiapan Tim PMKL secara komprehensif dan terpadu.

Kegiatan monev yang dilakukan oleh Tim PMKL perlu mengantisipasi kemungkinan pelaksanaannya mengingat bahwa situasi bencana merupakan kejadian yang tidak dapat diprediksi secara tepat. Tim PMKL perlu menentukan waktu yang tepat kapan pelaksanaan monev dapat dilakukan termasuk waktu penyampaian hasil monev pelaksanaan Kegiatan PMKL pada situasi krisis kesehatan. Hasil monev akan menjadi dasar pengambilan keputusan penting bagi pimpinan dan juga pelaksanaan lanjutan bagi Tim PMKL.

## **A** MONITORING

Monitoring pelaksanaan PMKL dilakukan secara berkala. Monitoring saat pra bencana dapat dilakukan setelah terbentuknya Tim PMKL dan rencana kerja tim yang dapat dilakukan pada setiap 1-3 bulan. Monitoring pada fase tanggap darurat dapat dilakukan 1-2 minggu setelah tim PMKL melaksanakan tugasnya. Monitoring fase pasca krisis dapat dilakukan 1-3 bulan setelah masa krisis berakhir. Data yang harus tersedia adalah data bulanan atau triwulan yang kemudian dijadikan

laporan untuk penyusunan program selanjutnya. Monitoring dilakukan untuk setiap komponen PMKL dengan indikator kualitatif dan kuantitatif.

Monitoring pasca krisis dapat diteruskan sampai kondisi stabil dan kembali pada penggunaan mekanisme yang sudah ada dan digunakan pada situasi yang normal. Lembar monitoring dapat dilihat pada lampiran 4.

## **B** EVALUASI

Kegiatan evaluasi dilakukan untuk menganalisa efisiensi dan efektifitas program. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan program (*input*) dan pelayanan (keluaran/*output*) dengan manfaat (hasil/*outcome*). Evaluasi juga dapat digunakan dengan mengukur dampak kesehatan lansia secara umum pasca krisis sehingga didapatkan gambaran keberhasilan dan kekurangan dari proses penerapan PMKL. Informasi ini penting didapatkan agar dapat dijadikan perbaikan dan dasar pengambilan keputusan dan kebijakan di masa yang akan datang.

Waktu pelaksanaan evaluasi adalah di akhir pelaksanaan kegiatan. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan instrumen yang tersedia dari penyelenggara pelayanan. Metode evaluasi yang digunakan adalah wawancara kepada informan kunci seperti kader Posyandu Lansia/ Posbindu, relawan yang membantu saat situasi krisis terjadi, tokoh-tokoh masyarakat dan agama, para lansia terdampak serta para lansia penerima bantuan langsung dari tim PMKL. Evaluasi juga dapat dilakukan melalui analisa laporan-laporan selama situasi krisis sejak fase pra krisis, tanggap bencana dan pasca krisis.

Selama proses evaluasi, data yang dapat dinilai dapat berupa data-data tentang keberhasilan pelaksanaan PMKL mencapai tujuan, sumber daya yang dimanfaatkan, kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan kebutuhan masyarakat terdampak bencana, keberlanjutan program (*program continuity*), masalah dan hambatan selama pelaksanaan PMKL pada situasi krisis kesehatan, hasil masukan masyarakat terkait perbaikan program untuk yang akan datang, dan rekomendasi-

rekomendasi para pihak yang dapat dimanfaatkan untuk perbaikan dan penyempurnaan program PMKL.

Pelaksanaan kegiatan evaluasi dilakukan secara objektif oleh orang yang ditunjuk secara independen. Evaluator seharusnya dipilih dari seseorang yang tidak memiliki keterkaitan dengan program PMKL. Evaluator harus bersikap netral agar mendapatkan hasil yang reliabel, objektif dan netral.

Analisa hasil evaluasi sebaiknya dikomunikasikan dan didiseminasikan agar tujuan perbaikan dan peningkatan kualitas program PMKL pada situasi krisis kesehatan dapat dicapai. Umpan balik yang didapatkan dalam proses diseminasi dapat dijadikan landasan untuk memperbaiki dan memastikan masalah-masalah yang teridentifikasi dapat segera ditindaklanjuti agar tidak menjadi permasalahan hukum dikemudian hari. Lembar evaluasi dapat dilihat pada lampiran 5.

# PENUTUP

## BAB 6



Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia pada Krisis Kesehatan ini mencakup semua komponen penting untuk memastikan pelaksanaan minimum pelayanan kesehatan bagi lansia termasuk aspek perlindungan bagi lansia dan koordinasi untuk kebutuhan esensial lansia lainnya. PMKL ini merupakan salah satu prioritas tambahan dalam kegiatan Sub Klaster Kesehatan Reproduksi pada setiap tahapan krisis kesehatan. Pedoman ini dapat digunakan sebagai acuan dalam memastikan penyediaan paket PMKL yang efektif, efisien, dan akuntabel.

# DAFTAR ISTILAH



**Bencana:** suatu kejadian peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia, sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis.

**Bencana Alam:** bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan dan tanah longsor.

**Bencana Non Alam:** bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa non alam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi dan wabah penyakit.

**Daerah rawan bencana:** suatu daerah yang memiliki risiko tinggi terhadap suatu bencana akibat kondisi geografis, geologis, dan demografis serta akibat ulah manusia.

**Disabilitas** adalah keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif.

**Disfungsi Seksual** adalah gangguan yang menyebabkan adanya penurunan hasrat seksual atau adanya hambatan dalam menikmati aktivitas seksual.

**Fasilitas Pelayanan Kesehatan:** suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Swasta.

**HIV:** *Human Immunodeficiency Virus* yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4, sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia yang pada akhirnya tidak dapat bertahan dari gangguan penyakit walaupun yang sangat ringan sekalipun.

**Hendaya** adalah kondisi abnormal dari fungsi seseorang yang mengganggu aktivitas kehidupannya sehari-hari.

**Kapasitas fungsional** adalah kemampuan seseorang untuk menggunakan kekuatan fisik yang dimiliki guna memenuhi aktifitas kehidupannya sehari-hari selama berinteraksi dengan lingkungan dimanapun berada.

**Kesehatan reproduksi:** suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya.

**Kewaspadaan universal (*universal precaution*):** pedoman yang ditetapkan untuk mencegah penyebaran berbagai penyakit yang ditularkan melalui darah/cairan tubuh di lingkungan rumah sakit atau sarana kesehatan lainnya. Konsep yang dianut adalah bahwa semua darah/cairan tubuh harus dikelola sebagai sumber yang dapat menularkan HIV, Hepatitis B dan berbagai penyakit lain yang ditularkan melalui darah/cairan tubuh.

**Krisis kesehatan:** adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana.

**Pasca krisis Kesehatan:** situasi pasca bencana atau setelah masa tanggap darurat selesai. Pada tahap ini kegiatan yang dilaksanakan adalah pemulihan dan rekonstruksi.

**Polifarmasi** adalah salah satu bentuk penggunaan obat yang irasional, dimana obat diberikan kepada pasien berusia lanjut (60 tahun atau lebih) lebih dari lima macam untuk satu pasien dalam satu resep.

**Pra krisis Kesehatan:** situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana. Pada tahap ini kegiatan yang dilaksanakan meliputi perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan termasuk penetapan kebijakan setempat.

**Rentan** adalah kondisi dimana seseorang peka dan mudah terkena atau terjangkiti oleh penyakit. Menurut Menurut pasal 55 ayat 2 Undang-undang Penanggulangan Bencana nomor 24 tahun 2007, yang termasuk kelompok rentan adalah (a) Bayi, balita, dan anak-anak, (b) Ibu yang sedang mengandung atau menyusui, (c) Penyandang cacat (disabilitas), dan (d) Orang lanjut usia.

# DAFTAR PUSTAKA



Photo Credit Carly Learson, UNFPA APRO

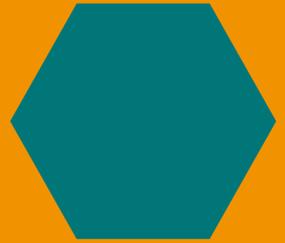
- Adioetomo, S. M. & Mujahid, G., 2014. *Indonesia on the Threshold of Population Ageing*. Jakarta: UNFPA Indonesia.
- Avira, V. (2020). Bagaimana cara melindungi lansia dari virus Corona. Editor: Fira Nursyabani.  
(<https://m.ayobandung.com/read/2020/03/18/83004/5-cara-lindungi-orang-tua-dari-risiko-penularan-virus-corona>)  
(<https://www.nytimes.com/2020/03/14/health/coronavirus-elderly-protection.html> )
- Bappenas, BPS dan UNFPA. (2018). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2010 - 2045*. Jakarta. Badan Pusat Statistik Indonesia.
- BPS. (2015). *Survei Penduduk Antar Sensus 2015*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. W., 2009. Ageing population: the challenges ahead. *National Institute of Health*, 374 (9696) (Health), pp. 1196-1208.
- Gatimu, S. M., Milimo, B. W. & San Sebesti, M., 2016. Prevalence and determinants of diabetes among older adults in Ghana. *BMC Public Health*, Volume 16, pp. 1174.
- IFRC (2019) Feedback starter kit. <https://media.ifrc.org/ifrc/document/tool-15-feedback-starter-kit>
- IFRC, UNICEF, WHO (2020). A Guide to Preventing and Addressing Social Stigma Associated with COVID-19. [www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/COVID19-Stigma-guide-2002.pdf](http://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/COVID19-Stigma-guide-2002.pdf)
- IFRC, UNICEF, WHO (2020). COVID-19 Key Tips and Discussion Points For community workers, volunteers and community networks. [www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/COVID19-Community-guidance-for-social-mobilizersvolunteers-2302\\_EN.pdf](http://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/COVID19-Community-guidance-for-social-mobilizersvolunteers-2302_EN.pdf)
- Inter-Agency Standing Committee (2018). *Gender Handbook for Humanitarian Action*. <http://gihahandbook.org/>
- Jay Butler, Wakil Direktur CDC untuk Penyakit, menerangkan cara untuk melindungi lansia dari COVID-19. (<https://www.youtube.com/watch?feature=youtu.be&v=TjcoN9Aek24&app=desktop>)
- Kemenkes RI. 2015. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. <http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Buku%20Juknis%20PKRT.pdf>
- Kemenkes RI. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/10/02Buku-KIA-06-10-2015-small.p>

- Lamoureux-Lamarche, C., Vasiliadis, H.-M., Pre ´ville, M. and Berbiche, D. (2016), "Post-traumatic stress syndrome in a large sample of older adults: determinants and quality of life", *Aging & Mental Health*, Vol.20No.4,pp.401-406.
- Management ASEAN Coordinating Centre for Humanitarian Assistance on Disaster (2018), "Situation update no. 8 the 2018 Lombok earthquake Indonesia, M 6.4 (29 July), M 7.0 (5 August), M 6.2 (9 August), M 6.5 (19 August), M 6.9 (19 August) Monday, 28 August 2018, 08:00 hrs (UTCþ7)", Jakarta.
- Panduan Penyiapan Fasilitas Untuk Karantina dan Isolasi Terkait COVID-19 Berbasis Komunitas, Kementerian Sosial, Mei 2020.
- Pietrzak, R.H., et al. (2012a), "Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.20No.5,pp.380-390.
- Pietrzak, R.H., et al. (2012b), "Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived needs for psychological care in older persons affected by hurricane like", *Journal of Affective Disorders*, Vol. 138 Nos1/2.
- Vibriyanti, D dan D. Harfina. (2017). *Determinan Kualitas Hidup Lanjut Usia*. Laporan Penelitian. Jakarta: Pusat Penelitian Kependudukan LIPI.
- Vibriyanti, dkk (2017). "Pemetaan Kondisi Lansia dalam Keluarga di Era Globalisasi". Artikel dalam "Keluarga dan Globalisasi di Indonesia: Analisis Data Sekunder Terkait Pemuda, Ibu dan Anak serta Penduduk Lanjut usia (Lansia)". Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- (<https://gaya.tempo.co/read/1321033/8-tips-mencegah-penyebaran-virus-corona-pada-lansia/full&view=ok>). Reporter: Antara, Editor: Mirta Tarigan.
- WHO (2018). Risk Communication and Community Engagement Considerations: Ebola Response in the Democratic Republic of the Congo. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1138918/retrieve>
- WHO (2020). Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19. Interim guidance.
- ECLAC. (2007). Second Regional Intergovernmental Conference on Ageing in Latin America and the Caribbean: towards a society for all ages and rights-based social protection Brasilia. Retrieved December 1, 2009 from <http://www.un.org/esa/socdev>
- World Bank. (2019). *Indonesia: Integrated Development to Improve Lives of Growing Urban Population*. Diakses pada 12 Agustus 2020, dari <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2019/06/11/indonesia-integrated-development-to-improve-lives-of-growing-urban-population>

World Health Organization. (2008). Older Persons In Emergencies : An Active Ageing Perspective. ISBN 978 92 4 156364 2 (nlm classification: Wt 31). WHO Library Cataloguing-in-publication Data

Yeni Mahwati (2014). Determinan Multimorbiditas pada Populasi Usia Lanjut di Indonesia. Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 9, No. 2, November 2014.

# LAMPIRAN-LAMPIRAN



## DAFTAR PERIKSA PRIORITAS



### Keterangan:

**KUADRAN I** : Kebutuhan yang penting dan mendesak untuk segera dipenuhi

**KUADRAN II** : Kebutuhan yang penting tetapi kurang mendesak untuk dipenuhi

**KUADRAN III** : Kebutuhan yang kurang penting Namun mendesak untuk dipenuhi

**KUADRAN IV** : Kebutuhan yang kurang penting dan kurang mendesak untuk dipenuhi

Berikut langkah-langkah yang harus dilakukan dalam menyusun skala prioritas saat pra krisis, tanggap bencana dan paska krisis:

Tuliskan semua kebutuhan yang ada, hilangkan yang benar-benar tidak begitu penting.

Susunlah urutan berdasarkan tingkat kepentingannya.

Dari catatan yang ada, pilihlah kebutuhan yang paling memberikan manfaat secara optimal.

Penuhi semua kebutuhan sesuai dengan daftar yang telah ditentukan.

## INSTRUMEN DETEKSI KERENTANAN KESEHATAN LANJUT USIA

Dilakukan pada masa pra krisis kesehatan

A. Identitas Lanjut Usia		
Nama		
Usia		
L/P		
Alamat rumah		
Nomor Telpon Pendamping		
Pekerjaan		
Nama Instansi		
Alamat Kantor		
Nomor KTP/KK		
Jumlah Anggota Keluarga		
Anak di bawah usia 14 tahun		
Jumlah orang dewasa 15-44 thn		
Jumlah usia 45-59 tahun		
Jumlah usia 60-69 tahun		
Jumlah usia 70 tahun atau lebih		
<b>SKOR</b>	<b>/ 3</b>	Skor 1 bila berusia 60-69, Skor 2 bila berusia 70-85 tahun dan Skor 3 bila usia >85

## B. Penilaian Diri Kesehatan

Secara umum, bila dibandingkan dengan lansia yang seusia, bagaimana kondisi kesehatan lansia Anda?

Buruk\*

Cukup\*

Baik

Baik Sekali atau

Sangat Baik

**SKOR**

/ 1

Skor: nilai 1 bila ada tanda \*

## C. Tempat Tinggal

Tinggal sendiri \*

Tinggal dengan keluarga atau anak

**SKOR**

/ 1

Skor: nilai 1 bila ada tanda \*

## D. Aspek Sosial

1. Dibantu keluarga atau tetangga  Ya  
 Tidak\*
  
2. Mengumpulkan air  Sendiri  
 Dibantu sebagian atau total\*
  
3. Mengumpulkan bahan bakar  Sendiri  
 Dibantu sebagian atau total\*
  
4. Memasak  Sendiri  
 Dibantu sebagian atau total\*
  
5. Mandi  Sendiri  
 Dibantu sebagian atau total\*
  
6. Memakai baju  Sendiri  
 Dibantu sebagian atau total\*
  
7. Toileting  Sendiri  
 Dibantu sebagian atau total\*
  
8. Transferring  Sendiri  
 Dibantu sebagian atau total\*
  
9. Berjalan ke pasar  Sendiri  
 Dibantu sebagian atau total\*
  
10. Berjalan ke poskes  Sendiri  
 Dibantu sebagian atau total\*

11. Apakah menggunakan alat bantu?  Tidak  
 Ya, pilih apa jenisnya?  
 Tongkat jalan\*  
 Walker\*  
 Kursi roda\*

12. Ada Riwayat jatuh  Ya\*  
 Tidak

**SKOR**

/ 12

Skore: nilai 1 bila ada tanda \*

### **E. Kesehatan sebelum bencana, memiliki:**

- Gangguan Jantung
- Gangguan Pernafasan
- Gangguan Pencernaan
- Kesulitan BAK/BAB
- Nyeri sendi
- Kaki bengkak
- Masalah kulit
- Kencing Manis
- Kanker
- Tekanan Darah Tinggi
- Stroke
- Gangguan Jiwa
- Luka serius
- Gangguan Penglihatan
- Gangguan Pendengaran
- Gangguan pergerakan
- Gangguan konsentrasi/pelupa

**SKOR**

/ 17

Skore: nilai 1 pada masalah kesehatan apapun yang teridentifikasi

## F. Kebutuhan dasar, memiliki

1. Tempat tinggal yang memadai/layak huni  Ya  
 Tidak\*
2. Sumber air dan penyimpanan  Ya  
 Tidak\*
3. Sumber makanan berkala  Ya  
 Tidak\*
4. Fasilitas dan bahan bakar  Ya  
 Tidak\*
5. Selimut  Ya  
 Tidak\*
6. Pakaian ganti  Ya  
 Tidak\*

**SKOR**

/ 6

Skor: nilai 1 bila ada tanda \*

Bagian	Skoring
A	/3
B	/1
C	/1
D	/12
E	/17
F	/6
<b>SKOR TOTAL</b>	<b>/40</b>

Skoring:	
Rentan	Bila skor adalah 15-40
Berisiko	Bila skor adalah 7-14
Relatif Kuat	Bila skor adalah 1 - 6

Catatan: kerentanan dinilai berdasarkan jumlah nilai total setiap item pertanyaan dengan asumsi perbandingan (15:35:50) atau semakin tinggi skor semakin rentan.

Referensi:

- Katz Index of Independence in Activities of Daily Living  
<https://www.alz.org/careplanning/downloads/katz-adl.pdf>
- The Vulnerable Elders Survey (VES-13)  
<http://www.rand.org/health/projects/acove/survey.html>
- Unwin, B. K., & Wilson, C. (2010). Practice tools to meet the complex needs of older vulnerable military beneficiaries. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-09-00067>

### INSTRUMEN RAPID HEALTH ASSESSMENT (RHA)

Dilakukan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan

RHA dilaksanakan selama **72 jam pertama tahap tanggap darurat krisis kesehatan** dengan tujuan untuk mengumpulkan data demografi dan mengidentifikasi permasalahan penyelamatan jiwa yang harus segera ditangani untuk memastikan kesejahteraan populasi penerima manfaat. Pelaksanaan pengisian penilaian awal cepat:

- 1 Petugas pengambil data adalah tim kesehatan/relawan/pemuda
- 2 Data dikumpulkan dengan menggunakan metode wawancara

No.	DATA DEMOGRAFI	JENIS KELAMIN		KETERANGAN
		Perempuan	Laki-Laki	
1	Jumlah lansia berusia 45-59 tahun berdasarkan jenis kelamin			
2	Jumlah lansia berusia 60-69 tahun berdasarkan jenis kelamin			
3	Jumlah lansia berusia 70 tahun atau lebih berdasarkan jenis kelamin			
4	Jumlah lansia dengan ketergantungan berat dan total			
	<b>INFORMASI PENUNJANG</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>KETERANGAN</b>
5	Apakah ada pelayanan kesehatan psikologis/kesehatan jiwa khusus bagi lansia?			
6	Apakah toilet dipisahkan antara laki-laki dan perempuan			
7	Apakah di setiap toilet terdapat pintu yang dapat dibuka dengan cara ditarik keluar?			

8	Apakah jalan menuju toilet/tempat mandi aman dari risiko jatuh			
9	Apakah jalanan menuju toilet/tempat mandi terang benderang saat malam hari?			
10	Apakah tersedia toilet bagi yang memiliki kebutuhan khusus?			
11	Apakah pos layanan kesehatan dekat dengan tenda/pengungsian?			
12	List organisasi atau komunitas lansia yang ada disekitar.			

**LEMBAR MONITORING: INDIKATOR PMKL**

## I. Tersedianya Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1.	Rapat koordinasi dilakukan dengan lembaga dan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan lansia untuk menentukan subkoordinator sesuai dengan bidang kerjanya.		
2.	Pengenalan PMKL dan penyusunan rencana kerja dilakukan.		
3.	Pertemuan rutin dilakukan sesegera mungkin dengan lintas program/ lintas sektor kesehatan lansia dan organisasi terkait untuk menyelenggarakan PMKL.		
4.	Kegiatan rutin dilaporkan untuk disampaikan kepada anggota maupun lembaga atau sektor terkait lainnya.		
6.	Pelayanan kesehatan lansia di tempat pengungsian tersedia.		
7.	Ketersediaan dan distribusi logistik kesehatan lansia dikoordinir.		
8.	Pertemuan dan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan maupun BNPB dihadiri.		
No	Indikator Kuantitatif	Capaian	
1.	Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan lansia yang dilakukan selama 3 bulan pertama		
2.	Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan yang dihadiri oleh tim kesehatan lansia yang melaporkan perkembangan pelaksanaan PMKL, dll		

## II. Perlindungan Sosial

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1.	Koordinasi dengan BNPB/BPBD dan dinas sosial dilakukan untuk menempatkan lansia di pengungsian dan memastikan satu keluarga berada dalam tenda yang sama. Lansia perempuan yang menjadi kepala keluarga dan anak yang terpisah dari keluarga dikumpulkan di dalam satu tenda.		
2.	Pelayanan kesehatan reproduksi pada tenda pengungsian dipastikan tersedia.		
3.	Toilet laki-laki dan perempuan tersedia secara terpisah di tempat yang aman dengan penerangan yang cukup dan dipastikan pintu toilet dapat di kunci dari dalam.		
4.	Koordinasi dengan penanggung jawab keamanan untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual dilakukan.		
5.	Lembaga-lembaga/organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dan lansia perempuan di pengungsian dalam perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan di pengungsian dilibatkan.		
6.	Informasi tentang pelayanan bagi penyintas perkosaan dan HIV-AIDS diberikan dengan informasi telephone yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui leaflet, selebaran, radio, dll.		
7.	Petugas yang bertanggung jawab terhadap penanganan kasus kekerasan (seksual, fisik, mental, sosial dan ekonomi) bagi lansia dipastikan ada.		
8.	Layanan medis dan psikososial di organisasi/lembaga yang berperan serta mekanisme rujukan perlindungan dan hukum terkoordinasi untuk penyintas dipastikan tersedia.		
9.	Fasilitas ibadah yang sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal disediakan.		
No	Indikator Kuantitatif	Capaian	
1.	Jumlah kasus kekerasan (seksual, fisik, mental, sosial dan ekonomi) yang dilaporkan		
2.	Jumlah kasus kekerasan seksual yang mendapat layanan medis dalam waktu 72 jam		
3.	Jumlah kasus kekerasan yang dirujuk ke fasilitas lain: a. RS b. LSM untuk bantuan hokum		
4.	Jumlah fasilitas yang dapat memberikan pelayanan untuk penyintas perkosaan selama 24 jam/7 hari		
5.	Jumlah pelayanan penyintas kekerasan berbasis gender yang tersedia		

### III. Pemenuhan Kebutuhan Esensial Multisektor

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1.	Pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi ditekankan dan dipastikan penerapannya.		
2.	Kelanjutan pengobatan bagi lansia yang telah masuk program ARV, termasuk perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Lansia laki-laki ke istri dan perempuan lainnya) dipastikan tersedia.		
3.	Kondom secara gratis tersedia dengan berkoordinasi dengan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM lainnya.		
4.	Kit lansia untuk laki-laki dan perempuan tersedia.		
5.	Informasi no telp 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV dipasang.		
No	Indikator Kuantitatif	Capaian	
1.	Jumlah Kit untuk Lansia laki-laki		
2.	Jumlah Kit untuk Lansia perempuan		
3.	Jumlah ODHA yang melanjutkan pengobatan dengan ARV		
4.	Jumlah laki-laki lansia seksual aktif		
5.	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar		

(Dimodifikasi dari: Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan, Kemenkes, 2018)

## LEMBAR EVALUASI

No	ASPEK YANG DIEVALUASI
1	<b>Efektivitas program</b>
	a. Apakah program sudah berjalan sesuai dengan tujuan yang diharapkan?
	b. Apakah tujuan dari masing-masing komponen PMKL tercapai?
	c. Apakah indikator dari masing-masing komponen PMKL yang sudah ditentukan tercapai?
	d. Presentase target yang tercapai dari total target yang sudah ditentukan
	e. Apakah pelaksanaan PMKL sudah tepat waktu sesuai dengan kerangka waktu yang ditentukan?
	f. Bagaimana ketersediaan tenaga teknis maupun tenaga pendukung untuk implementasi PMKL?
	g. Bagaimana ketersediaan logistik dan supplies untuk mendukung pelaksanaan PMKL?
2	<b>Efisiensi program</b>
	a. Bagaimana pemanfaatan dana? Apakah sudah sesuai dengan peruntukannya?
	b. Bagaimana penyerapan dana dibandingkan anggaran yang sudah dialokasikan?
3	<b>Relevansi program</b>
	a. Apakah program yang dijalankan sudah sesuai dengan kebutuhan lansia yang terkena dampak?
	b. Apakah kegiatan yang dijalankan sudah sesuai dengan hasil penilaian yang dilakukan pada saat bencana?
4	<b>Dampak dan kesinambungan</b>
	a. Apakah kegiatan PMKL yang dilaksanakan memberi dampak yang baik bagi masyarakat?
	b. Bagaimana kelanjutan program setelah implementasi PMKL selesai?
	c. Apakah pelayanan kesehatan reproduksi pada lansia terdampak Bencana tetap tersedia setelah memasuki fase pasca Bencana (termasuk HIV-Aids, Prolaps uteri, dll)
5	Permasalahan yang dialami selama implementasi program dan solusi untuk mengatasi masalah tsb
6	Proses pembelajaran yang didapat selama pelaksanaan program
7	Rekomendasi



## Jaga agar LANSIA terhindar dari COVID-19





**Lansia paling berisiko KEMATIAN akibat COVID-19**



**Jauhi keramaian, perkumpulan, kegiatan sosial seperti: arisan, reuni, rekreasi, pergi berbelanja, dll**



**Anggota keluarga/kerabat/kenalan atau siapapun yang memiliki aktifitas dan berisiko terpapar COVID-19 TIDAK BOLEH mendekati lansia**



**Hanya orang-orang yang SEHAT dan TIDAK ADA riwayat terpapar dengan lingkungan yang berisiko penularan dapat menemui/mendampingi lansia (menjadi Caregiver)**



**Hanya saat yang diperlukan anggota keluarga/pengasuh (jumlah terbatas hanya 1-2 orang) setelah cuci tangan dengan sabun, kondisi bersih dan menggunakan masker dapat menemui lansia dengan jarak 1 meter dan waktu secukupnya**



**Ajak atau anjurkan lansia untuk melakukan kegiatan yang menyenangkan (merawat tanaman di sekitar rumah, membaca, atau aktifitas lain)**





**HOTLINE COVID-19 :**  
**119 ext 9**

KEMENKES RI

Direktorat Kesehatan Keluarga – Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat



www.kesga.kemkes.go.id

# Jaga agar LANSIA terhindar dari COVID-19



Lansia paling berisiko KEMATIAN akibat COVID-19



Dengan bahasa sederhana, keluarga, pengasuh, (jika dibutuhkan petugas kesehatan) memberi pengertian tentang COVID-19 serta pesan-pesan berikutnya.

Pastikan lansia paham dan menerima kondisi ini.

Saat memberi penjelasan, gunakan masker, jaga jarak dan tangan steril serta pakaian juga bersih.



Tetap jaga kondisi lingkungan yang BERSIH, AMAN dan NYAMAN, ventilasi dan cahaya matahari cukup.



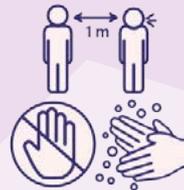
Tetap berada di rumah / panti-wreda / senior living melakukan kegiatan rutin, berjemur di bawah sinar matahari secukupnya dan berjarak satu dengan yang lainnya.

Cukup istirahat dan tidur, minimal 6-8 jam sehari atau lebih.



Makan makanan dengan gizi seimbang (cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral).

Cukup minum, sayur dan buah-buahan. Bila diperlukan minum multi vitamin.



Jaga jarak (1 meter atau lebih) dengan orang lain. Hindari bersentuhan, bersalaman, atau bercium pipi. Jauhi orang sakit, sering cuci tangan pakai sabun.



Tunda pemeriksaan kesehatan rutin, tetapi pastikan obat-obatan yang harus diminum setiap hari tetap cukup persediannya.

Keluarga/pengasuh memastikan lansia minum obat secara teratur.



HOTLINE COVID-19 :  
119 ext 9

KEMENKES RI

Direktorat Kesehatan Keluarga – Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat



www.kesga.kemkes.go.id

## **FORMAT DAN ISI LAPORAN PENILAIAN UNTUK KOORDINATOR PROGRAM LANSIA DI TINGKAT PUSAT/PROVINSI/KABUPATEN**

### **Format dan Isi Laporan Penilaian**

1. Judul.
2. Latar Belakang.
  - 2.1. Gambaran singkat tentang bencana; tipe bencana, besaran, lokasi.
  - 2.1. Tujuan dari penilaian.
3. Metodologi.

Secara ringkas menyetengahkan metodologi yang digunakan, missal: Survey Cepat Kesehatan Lansia, dll.
4. Temuan dan analisis pada hal berikut ini:
  - 1.1 Lanjut usia terdampak; data terpilah (umur, jenis kelamin, lokasi geografis; jumlah total pengungsian lansia, hasil *Rapid Health Assessment*).
  - 1.2 Kondisi pengungsian (kamp): hasil deteksi kerentanan (jumlah lansia rentan, jumlah lansia berisiko).
  - 1.3 Pelayanan kesehatan lansia yang tersedia: perlengkapan dan staf.
  - 1.4 Risiko potensial masalah fisik, psiko-sosial dan kekerasan berbasis gender/seksual, perlindungan sosial dan kebutuhan multisektor.
  - 1.5 Kebutuhan khusus lansia terdampak: (diisi bila tidak terdapat pada instrumen yang tersedia).
  - 1.6 Koordinasi.
5. Rekomendasi.

**Laporan awal dibuat tidak lebih dari 5 halaman dengan menggambarkan kondisi di atas.**

(Dimodifikasi dari: Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan, Kemenkes, 2018).

## CARA MEMBERSIHKAN PERABOTAN DI MASA PANDEMI COVID-19

Desinfektan aktif membunuh virus yang terselubung seperti virus COVID-19. Desinfektan yang direkomendasikan WHO dalam penggunaannya adalah sebagai berikut:

1. 70% etil alkohol untuk mendisinfeksi perabotan dengan permukaan sempit/kecil seperti peralatan khusus yang dapat digunakan kembali (misalnya, termometer); *natrium hipoklorit* 0,5% (setara dengan 5000 ppm) untuk permukaan perabotan dengan permukaan lebar/besar termasuk lemari, meja, dan kursi.
2. Bersihkan sarung tangan, celemek/apron plastik yang dapat digunakan kembali dengan sabun dan air, kemudian didekontaminasi dengan larutan natrium hipoklorit 0,5% setelah penggunaan.
3. Sarung tangan sekali pakai (nitril atau lateks) dan gaun harus dibuang setelah digunakan dan **tidak boleh** digunakan kembali; kebersihan tangan harus dilakukan setelah APD dibuang.
4. Pengelolaan limbah layanan kesehatan harus aman. Praktik terbaik untuk mengelola limbah layanan kesehatan secara aman harus diikuti, termasuk menetapkan tanggung jawab dan sumber daya manusia dan material yang memadai untuk membuang limbah tersebut dengan aman. Seluruh limbah layanan kesehatan yang dihasilkan selama perawatan pasien COVID 19 harus dikumpulkan dengan aman dalam wadah dan kantong yang telah ditentukan, diolah, dan kemudian dibuang atau diolah dengan aman, atau keduanya.
5. Jika limbah dipindahkan ke luar lokasi, penting untuk memahami di mana dan bagaimana limbah itu akan diolah dan dimusnahkan.
6. Semua yang menangani limbah layanan kesehatan harus mengenakan APD yang sesuai (sepatu bot, celemek, gaun lengan panjang, sarung tangan tebal, pelindung wajah/*face shield*, atau kacamata *google*) dan melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah menyelesaikan penanganan limbah.

7. Membuang *greywater* atau air sisa bekas digunakan dengan aman untuk mencuci APD, permukaan lantai.
8. Jika *greywater* termasuk desinfektan yang digunakan dalam pembersihan sebelumnya, itu tidak perlu diklorinasi atau diobati lagi. Air tersebut dibuang ke saluran pembuangan yang terhubung ke sistem septik atau saluran pembuangan atau di lubang rendam. Jika *greywater* dibuang ke dalam lubang rendam, lubang tersebut harus dipagari dalam lahan fasilitas kesehatan untuk mencegah kerusakan dan untuk menghindari kemungkinan paparan jika terjadi luapan air.





Jl. HR. Rasuna Said Blok X5 Kav 4-9, Jakarta

Tel: (62-21) 5221227

Fax: (62-21) 5203884

Website: <http://kesga.kemkes.go.id>

7th Floor Menara Thamrin

Jl. M.H. Thamrin Kav. 3, Jakarta 10250

Tel: (62-21) 29802300

Fax: (62-21) 31927902

Website: <http://indonesia.unfpa.org>

The United Nations Population Fund, is an International Development Agency with a Mission to "Deliver a world where every pregnancy is wanted, every birth is safe and every young person's potential is fulfilled".

ISBN 978-623-301-034-4



9 786233 010344

