

ANALISIS KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DALAM MANAJEMEN PENATALAKSANAAN PENYAKIT KRONIS LANSIA

Diterima 19 Agustus 2015
Disetujui 19 September 2015
Dipublikasikan 1 Oktober 2015

Reni Zulfitri¹✉

¹Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau, Pekanbaru, Riau, 28131

JKMA

Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas
diterbitkan oleh:
Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas
p-ISSN 1978-3833
e-ISSN 2442-6725
10(1)52-58
@2015 JKMA
<http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/>

Abstrak

Studi ini bertujuan untuk menganalisis kebijakan pelayanan kesehatan primer dalam manajemen penatalaksanaan penyakit kronis pada lansia di Indonesia. Metode yang digunakan adalah content analysis dengan melakukan penelusuran literature review secara terintegrasi dari berbagai sumber, baik dalam bentuk jurnal maupun buku teks dari tahun 2004 sampai 2013 tingkat nasional maupun internasional. Hasil literature review menguraikan bahwa fokus kebijakan pelayanan kesehatan primer harus bersifat holistik (mencakup aspek Bio, psikososial, dan spiritual) dan komprehensif (mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif), mulai di tingkat individu, keluarga, kelompok ataupun di tingkat masyarakat. Beberapa pendekatan yang harus dijalankan adalah menyediakan pelayanan kesehatan dasar yang dekat dengan masyarakat, seperti: Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) induk dan pembantu, Posbindu lansia, dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) lainnya dengan kegiatan yang bervariasi. Bentuk upaya yang dapat dilakukan adalah: pendidikan kesehatan, deteksi dini, memandirikan masyarakat khususnya keluarga melalui strategi empowerment, partnership, dan manajemen pembiayaan yang efektif. Kesimpulannya adalah kebijakan pelayanan kesehatan primer harus bersifat holistik dan komprehensif, terjangkau, dan dalam upaya meningkatkan kemandirian lansia dan keluarga.

Kata Kunci: Kebijakan, Pelayanan kesehatan primer, Penatalaksanaan, Penyakit kronis, Lanjut usia

PRIMARY HEALTH CARE POLICY ANALYSIS IN CHRONIC DISEASE MANAGEMENT OF ELDERLY

Abstract

This study aims to analyze the policy of primary health care in the management of chronic disease management in the elderly in Indonesia. The method used is content analysis to conduct an integrated review of literature from various sources, both in the form of journals and textbooks from 2004 to 2013 national and international levels. The results obtained: the focus of primary health care policy must be holistic (includes aspects of Bio, psychosocial, and spiritual) and comprehensive (include promotive, preventive, curative and rehabilitative), starting at the individual, family, group or community level. Some of the approaches that should be implemented is to provide basic health services closer to the community, such as community health centers (Puskesmas) and parent helpers, Posbindu elderly and resourced public health efforts (UKBM) with other varied activities. An effort that can be made are: health education, early detection, make independent community especially family through empowerment strategies, partnerships, and management of effective financing. From this study we can conclude that primary health care policy should be holistic and comprehensive, affordable, and in an effort to increase the independence

Keywords: Policy, primary health care, management, chronic disease, Elderly

✉ Korespondensi Penulis:

Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau (UR) Jl. Pattimura No.9 Gedung G, Pekanbaru, Riau, 28131
085264291891 / reni.zulfitri@gmail.com

Pendahuluan

Penuaan saat ini menjadi isue penting di seluruh dunia termasuk Indonesia. Di Indonesia, populasi lansia pada tahun 2000-2010 sudah mencapai di atas 7%, dimana tahun 2012 sudah mencapai 7,56%. Bahkan diperkirakan pada tahun 2050 populasi lansia di Indonesia mencapai 28,68 %. Berdasarkan kondisi tersebut, dapat disimpulkan struktur kependudukan di Indonesia sudah bisa dikatakan berstruktur tua.^(1,2)

Kondisi ini berdampak pada terjadinya transisi epidemiologi masalah kesehatan di Indonesia, yaitu dari penyakit menular menjadi penyakit kronis tidak menular. Data dari tahun 1995 sampai tahun 2007, menunjukkan bahwa di Indonesia proporsi penyakit menular telah menurun sepertiganya dari 44,2% menjadi 28,1%, akan tetapi proporsi penyakit tidak menular mengalami peningkatan cukup signifikan dari 41,7% menjadi 59,5%.⁽³⁾

Data Survey Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2012, lebih separuh lansia (52,1%) mengalami keluhan kesehatan sebulan terakhir, dimana keluhan kesehatan yang paling tinggi pada lansia adalah: Asam urat, Hipertensi, Rematik, Hipotensi dan Diabetes Melitus (32,99%).⁽⁴⁾ Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (2009) menyebutkan sekitar 74% dari lansia di Indonesia menderita penyakit kronis sehingga harus mengkonsumsi obat-obatan selama hidupnya. Laporan dari rumah sakit di Indonesia melalui Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) tahun 2010 menunjukkan bahwa 10 peringkat terbesar penyakit penyebab rawat jalan dari seluruh penyakit rawat jalan pada kelompok usia 45-64 tahun dan 65+ tahun yang paling tinggi adalah hipertensi esensial.⁽¹⁾

Hasil studi menunjukkan bahwa masalah terkait dengan tingginya prevalensi penyakit kronis pada lansia adalah tingginya kondisi penyakit kronis lansia yang tidak terkontrol. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 50% penderita hipertensi tidak melakukan tindakan dan tidak terkontrol.⁽⁴⁾ Hasil Riskesdas (2013) menunjukkan bahwa sebagian besar (63,2%) kasus Hipertensi di masyarakat tidak terdiagnosis, sebesar 42,1% kasus stroke

di masyarakat tidak terdiagnosis, dan bahkan sebesar 88,1% kasus Rematik di masyarakat tidak terdiagnosis.⁽⁵⁾ Selain itu, data Kemenkes RI (2013), menunjukkan bahwa di Indonesia prevalensi merokok pada lansia usia 55 tahun ke atas adalah cukup tinggi, yaitu di atas 30%. Dimana paling tinggi pada kelompok usia 55-64 tahun, yaitu sebesar 37,5%. Jika tidak dilakukan upaya penatalaksanaan secara tepat, akan berdampak pada penurunan kualitas hidup lansia bahkan peningkatan angka kematian lansia di Indonesia.⁽¹⁾

World Health Organization (WHO) menguraikan bahwa kematian akibat penyakit tidak menular yang bersifat kronis diperkirakan akan terus meningkat di seluruh dunia, termasuk Indonesia.⁽⁶⁾ menjelaskan bahwa sebesar 59% kematian disebabkan oleh penyakit kronis. Lebih dari dua pertiga (sekitar 80%) dari populasi global akan meninggal akibat penyakit kronis tidak menular.⁽⁷⁾ Kondisi ini juga terjadi di Indonesia. Data hasil laporan Badan Litbangkes di 15 kabupaten/kota tahun 2011 menunjukkan bahwa proporsi angka kematian lansia akibat penyakit kronis tidak menular di Indonesia adalah sebesar 58,8% pada usia 55 - 64 tahun, dan sebesar 55,5% pada usia 65 tahun ke atas. Dimana proporsi penyebab kematian kelompok lansia yang paling tinggi adalah penyakit Stroke dan *Ischaemic heart diseases* sebagai akibat lanjut dari Hipertensi yang tidak terkontrol.⁽¹⁾

Hal ini merupakan permasalahan kesehatan besar dan merupakan tantangan bagi Pemerintah. Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI untuk dapat menyusun kebijakan terkait program khusus penatalaksanaan penyakit kronis pada lansia dengan pendekatan pelayanan kesehatan primer di Indonesia. Dasar hukum yang menjadi alasan perlunya penanganan khusus bagi kelompok lansia di Indonesia adalah: Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 pasal 19, Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998, Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004, Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 pasal 138 ayat 1 dan 2.⁽¹⁾

Berlandaskan dasar hukum tersebut, pada tahun 1993 mulai dikembangkan kegiatan berupa deteksi dini dan pemeriksaan

kesehatan lansia dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) sebagai alat mencatat hasil pemeriksaan. Bahkan pada tahun 2005 Departemen Kesehatan RI telah menyusun Pedoman Puskesmas Santun Lansia yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan kemandirian lansia dalam mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatannya. Berbagai kegiatan tersebut merupakan bagian dari pendekatan pelayanan kesehatan primer.

Dari uraian tersebut, penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut terkait manajemen penatalaksanaan penyakit kronis pada lansia melalui pendekatan pelayanan kesehatan primer di Indonesia. Adapun tujuan penulisan artikel ini adalah untuk menganalisis kebijakan pelayanan kesehatan primer dalam penatalaksanaan penyakit kronis pada lansia di Indonesia

Metode

Analisis kebijakan pendekatan pelayanan kesehatan primer dalam manajemen penatalaksanaan penyakit kronis pada lansia di Indonesia menggunakan metode *content analysis* dengan melakukan penelusuran *literature review* secara terintegrasi dari berbagai sumber, baik dalam bentuk jurnal maupun buku teks dari tahun 2004 sampai 2013 tingkat nasional maupun internasional.

Hasil Dan Pembahasan

Penyakit kronis adalah satu kondisi tidak adanya resolusi proses penyakit, dimana individu akan mengalami penyakit tersebut sampai ia meninggal dan tidak ada pengobatan yang dapat mengembalikannya kepada kondisi semula.⁽⁸⁾ Beberapa karakteristik dari penyakit kronis adalah: Progresif yaitu kondisi kesehatan menjadi lebih buruk atau menjadi lebih parah seiring perjalanan waktu; Irreversible yaitu kondisi yang tidak dapat disembuhkan atau kembali seperti semula atau normal yang akhirnya dapat mengakibatkan kematian; Kompleks yaitu kondisi kronis ini dapat mempengaruhi berbagai sistem, dimana pengaruhnya dapat menjangkau area yang lebih luas; Terapi diarahkan untuk mengontrol kesehatan atau gejala, bukan bertujuan untuk menyembuhkan

penyakit; Masalah keluarga dan kesehatan kronis yaitu kondisi kesehatan kronis selalu memiliki pengaruh terhadap orang-orang dekat individu yang terkena penyakit tersebut, dimana sangat tergantung pada budaya dan dinamika dalam keluarga.

Ada empat penyakit kronis yang sangat erat hubungannya dengan proses menua yaitu: penyakit kardiovaskuler (hipertensi, kelainan pembuluh darah, dan gangguan ginjal), penyakit endokrin dan metabolik (diabetes melitus, klimakterium, dan ketidakseimbangan tiroid), penyakit tulang dan persendian (rheumatoid arthritis, gout arthritis, dan osteoporosis), penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), dan penyakit keganasan (kanker).^(9,6,10,11,12)

Data dari tahun 1995 sampai tahun 2007, menunjukkan bahwa di Indonesia telah terjadi transisi epidemiologi masalah kesehatan atau penyakit yaitu dari penyakit menular menjadi penyakit kronis tidak menular. Proporsi penyakit tidak menular mengalami peningkatan cukup signifikan dari 41,7% menjadi 59,5%.⁽³⁾

Berdasarkan data Survey Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2012, lebih separuh lansia (52,1%) mengalami keluhan kesehatan sebulan terakhir, dimana keluhan kesehatan yang paling tinggi pada lansia adalah: Asam urat, Hipertensi, Rematik, Hipotensi dan Diabetes Melitus (32,99%).⁽⁴⁾ Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (2009) menyebutkan sekitar 74% dari lansia di Indonesia menderita penyakit kronis sehingga harus mengkonsumsi obat-obatan selama hidupnya. Laporan dari rumah sakit di Indonesia melalui Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) tahun 2010 menunjukkan bahwa 10 peringkat terbesar penyakit penyebab rawat jalan dari seluruh penyakit rawat jalan pada kelompok usia 45-64 tahun dan 65+ tahun yang paling tinggi adalah hipertensi esensial.⁽¹⁾

Selain faktor proses menua, faktor risiko lainnya yang mengakibatkan tingginya prevalensi berbagai penyakit kronis ini adalah akibat gaya hidup yang tidak sehat, seperti: perilaku merokok, konsumsi alkohol yang berlebihan, pola makan yang tidak sehat, dan kurangnya latihan atau olahraga.^(13,7,6,10,14,4)

Efek penyakit kronis pada kehidupan lansia bervariasi, tetapi umumnya kondisi ini dapat menurunkan kesejahteraan dan mengancam kemandirian mereka. Oleh karena itu, arahkan tindakan pada upaya meningkatkan kesejahteraan psikososial dan kemandirian lansia. Perilaku berkaitan dengan upaya peningkatan kesehatan lansia dengan penyakit kronis tidak menular adalah: kontrol kesehatan secara rutin ke pelayanan kesehatan, melakukan aktifitas fisik dan mental secara teratur, nutrisi sehat, hindari konsumsi alkohol, berhenti merokok, aktifitas fisik/latihan atau olahraga, istirahat, relaksasi adekuat, memelihara dukungan sosial.^(15,16)

Hasil *literature review* menjelaskan bahwa manajemen penatalaksanaan penyakit kronis pada kelompok lansia harus mempertimbangkan berbagai aspek diantaranya adalah: *self efficacy*, pemberdayaan, *comorbidity*, perilaku kesehatan, status fungsional kesehatan, kualitas hidup lansia, kesejahteraan psikososial dan spiritual, karakteristik lansia dan keluarganya serta jenis intervensi dan strategi penanganan yang tepat.⁽⁶⁾ Selain itu, harus dilakukan secara komprehensif dengan mengintegrasikan bentuk kebijakan yang ditetapkan dengan memperhatikan lingkungan sosialnya, sehingga lansia termotivasi untuk mempertahankan kondisi kesehatannya secara adekuat.^(9,7,1)

Pemerintah telah mengeluarkan dasar hukum yang menjadi alasan perlunya penanganan khusus bagi kelompok lansia di Indonesia, diantaranya adalah: Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan pasal 19 menyatakan bahwa pembinaan kesehatan usia lanjut merupakan tanggung jawab pemerintah dan dilaksanakan oleh pemerintah bersama-sama dengan masyarakat, Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia yang menyebutkan bahwa perlu diberi kemudahan dalam pelayanan kesehatan usia lanjut, Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Lanjut Usia, diantaranya adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia.⁽¹⁾

Berdasarkan dasar hukum tersebut, pada tahun 1993 mulai dikembangkan kegiatan be-

rupa deteksi dini dan pemeriksaan kesehatan lansia dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) sebagai alat mencatat hasil pemeriksaan. Bahkan pada tahun 2005 Departemen Kesehatan RI telah menyusun Pedoman Puskesmas Santun Lansia yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia dan kemandirian lansia dalam mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatannya.

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 pasal 138 ayat 1 menetapkan bahwa Upaya pemeliharaan kesehatan bagi lansia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis sesuai dengan martabat kemanusiaan. Ayat 2 menetapkan bahwa Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lansia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.⁽¹⁾

Program Kementerian Kesehatan dalam upaya meningkatkan status kesehatan para lansia khususnya dengan penyakit kronis adalah peningkatan dan pemantapan upaya kesehatan para Lansia di pelayanan kesehatan primer, khususnya Puskesmas dan kelompok Lanjut Usia (Posyandu lansia atau Pos Binaan Terpadu) melalui konsep Puskesmas Santun Lansia. Tujuan dari program ini adalah melakukan perencanaan lebih terarah dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan pada lansia sesuai kebutuhan. Pelayanan yang proaktif dan komprehensif serta berkualitas pada lansia. Memberikan kemudahan lansia mendapatkan pelayanan kesehatan, menurunkan jumlah kesakitan dan kematian akibat berbagai penyakit, terutama akibat penyakit kronis degeneratif dan meningkatkan kualitas hidup lansia sehingga selalu produktif dan bahagia.^(1,3,6,7)

Pelayanan kesehatan primer menekankan pada upaya promotif dan preventif dalam bentuk promosi kesehatan dan proteksi kesehatan lansia khususnya terhadap berbagai penyakit tidak menular (PTM) yang bersifat kronis. Pelayanan kesehatan primer melalui pendekatan puskesmas santun lansia adalah pelayanan yang baik dan berkualitas, memberi kemudahan dalam pelayanan kesehatan kepada lansia, memberikan keringanan atau

Tabel 1 Indikator pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014 ⁽³⁾

No.	INDIKATOR	TARGET (%)				
		2010	2011	2012	2013	2014
1.	Presentase provinsi yang melakukan pembinaan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular (SE, deteksi dini, KIE, dan Penanganan Kasus)	50	70	80	90	100
2.	Presentase provinsi yang mempunyai peraturan perundang-undangan tentang pencegahan dan penanggulangan dampak merokok terhadap kesehatan (Surat edaran/instruksi/SK/Peraturan Gubernur/PERDA)	40	60	80	90	100
3.	Presentase kab/kota yang melaksanakan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular (SE, deteksi dini, KIE, penanganan kasus)	10	15	20	25	30
4.	Persentase kab/kota yang mempunyai peraturan perundang-undangan tentang pencegahan dan penanggulangan dampak merokok terhadap kesehatan (Surat edaran/instruksi/SK/Peraturan walikota/Bupati/PERDA)	10	15	20	25	30

penghapusan biaya pelayanan kesehatan bagi lansia yang tidak mampu, memberikan dukungan dan bimbingan melalui berbagai kegiatan promosi dan proteksi kesehatan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya agar tetap sehat dan mandiri, melakukan pelayanan secara proaktif untuk dapat menjangkau sebanyak mungkin sasaran lansia yang ada di wilayah kerja Puskesmas, melakukan kerjasama lintas program dan sektor terkait di tingkat wilayah tertentu dengan asas kemitraan untuk bersama-sama melakukan pembinaan dalam rangka peningkatan kualitas hidup lansia.

Berbagai pendekatan pelayanan kesehatan primer yang dilakukan berfokus pada: upaya deteksi dini; memandirikan keluarga dalam melakukan perawatan secara holistik dan komprehensif melalui strategi: pendidikan kesehatan, proses kelompok, *family empowerment* dan *partnership* lintas program dan lintas sektoral terkait; serta menggunakan manajemen pembiayaan yang efektif.^(17,18,16,19,3) Semua pendekatan pelayanan kesehatan primer ini merupakan bentuk upaya promosi kesehatan dalam manajemen penatalaksanaan penyakit kronis pada lansia.

Fokus utama dan pertama dari pelayanan kesehatan primer berdasarkan deklarasi Alma Ata adalah promosi kesehatan. Model pelayanan kesehatan primer lebih menekankan pada upaya promosi kesehatan, pembentukan kebijakan kesehatan, dan pencegahan

penyakit dalam masyarakat.⁽¹⁶⁾ Hasil penelitian menunjukkan bahwa lansia sangat tertarik dalam promosi kesehatan. Kelompok lansia lebih dominan menerapkan perilaku hasil promosi kesehatan dibandingkan usia yang lebih muda.^(15,6,7)

Kegiatan promosi kesehatan, penting menggunakan pendekatan kreatif untuk menyertakan aktifitas promosi kesehatan pada semua lingkungan pelayanan kesehatan, termasuk lingkungan keluarga, dan masyarakat.^(18,19,16) Melalui pendekatan pelayanan kesehatan primer dapat meningkatkan *self care* dan *self management* dalam kesehatan dan kehidupan sosial sehari-hari. Lansia dan keluarganya dididik untuk dapat menggunakan pengetahuan, sikap, dan perilaku dalam beraktifitas meningkatkan kesehatan mereka sendiri dan masyarakat disekitarnya. Strategi pelayanan kesehatan primer yang diterapkan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien mulai dari tingkat individu, keluarga, dan kelompok masyarakat untuk dapat mandiri (*self reliance*) dalam mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dialaminya.⁽¹⁷⁾

Hal ini sebagai upaya preventif dan protektif dari berbagai penyakit kronis, sehingga dapat mengendalikan tingkat keparahan dari penyakit kronis yang dialami oleh lansia.^(6,20) Menjelaskan bahwa peningkatan gaya hidup sehat dapat mencegah terjadinya tingkat keparahan dan komplikasi penyakit

kronis sebesar 40%. Dengan demikian, dapat meningkatkan *Quality of life* lansia sampai akhir hayatnya.

Pelaksanaan berbagai kegiatan pelayanan kesehatan primer berupa pembinaan kesehatan lansia dengan strategi Puskesmas santun lansia perlu mengacu pada prinsip-prinsip manajemen yang efektif dan efisien, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Sehingga diharapkan dapat berhasil optimal sesuai hasil yang diharapkan.

Hasil yang diharapkan dapat dicapai dari pendekatan pelayanan kesehatan primer dalam penatalaksanaan penyakit kronis pada lansia adalah: penurunan penggunaan pelayanan kesehatan untuk berobat terutama dalam kondisi parah, peningkatan status fungsional, peningkatan kualitas hidup lansia, dan penurunan angka kematian akibat penyakit kronis yang tidak terkontrol pada lansia. Indikator pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014, terlampir pada tabel 1.⁽³⁾

Kesimpulan

Kebijakan pelayanan kesehatan primer dalam manajemen penatalaksanaan penyakit kronis tidak menular pada lansia di Indonesia adalah menggunakan pendekatan Puskesmas santun lansia yang berfokus pada kegiatan promosi kesehatan, seperti: upaya deteksi dini; memandirikan keluarga dalam melakukan perawatan secara holistik (mencakup aspek bio, psiko, sosial, spiritual dan kultural) dan komprehensif (mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) melalui strategi: pendidikan kesehatan, proses kelompok, *family empowerment* dan *partnership* lintas program dan lintas sektoral terkait; serta menggunakan manajemen pembiayaan yang efektif. Pelaksanaan berbagai kegiatan pelayanan kesehatan primer berupa pembinaan kesehatan lansia dengan strategi Puskesmas santun lansia perlu mengacu pada prinsip-prinsip manajemen yang berlaku, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Hasil yang diharapkan dapat dicapai dari upaya penatalaksanaan penyakit kronis adalah:

penurunan penggunaan pelayanan kesehatan untuk berobat terutama dalam kondisi parah, peningkatan status fungsional, peningkatan kualitas hidup lansia, dan penurunan angka kematian akibat penyakit kronis yang tidak terkontrol pada lansia.

Saran yang dapat disampaikan kepada Kementerian kesehatan RI adalah untuk dapat menyusun modul atau panduan khusus tentang penatalaksanaan penyakit kronis tidak menular pada lansia di Indonesia dan mensosialisasikan ke Dinas kesehatan Provinsi dan kabupaten/kota, serta mempersiapkan tenaga kesehatan yang kompeten melalui kegiatan pelatihan dan pembinaan.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Buletin jendela data dan informasi kesehatan: Gambaran kesehatan lanjut usia di Indonesia. Jakarta: Pusat data dan informasi kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2013
2. SurveyMeter. Memanusiakan lanjut usia: Penuaan penduduk & pembangunan di Indonesia. Yogyakarta: INSISTPress 2013
3. Kementerian Kesehatan RI. Buletin jendela data dan informasi kesehatan: Penyakit tidak menular. Jakarta: Pusat data dan informasi kesehatan Kementerian kesehatan RI 2012
4. Guessous I, Bochud M, Theler JM, Gaspoz JM, and Pechere Bertschi A. 1999–2009 Trends in Prevalence, Unawareness, Treatment and Control of Hypertension in Geneva, Switzerland. PLoS ONE. 2012; 7 (6)
5. Kemetrian kesehatan RI. Riset kesehatan dasar 2013. Jakarta: Pusat penelitian dan pengembangan kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2013
6. Fortin M, Chouinard MC, Bélanger M, Bouhali T, Dubois MF, Gagnon C. Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. BMC Health Services Research. 2013; 13 (132)
7. Hunter DJ and Reddy KS. Noncommunicable Diseases. N Engl J Med. 2013; 369:1336-43.

8. Anderson ET and McFarlane J. Buku ajar Keperawatan komunitas: Teori dan praktik. Jakarta: EGC 2007
9. Barondess JA. Toward reducing the prevalence of chronic disease: a life course perspective on health preservation. *Perspective in Biology and Medicine*. 2008; 51 (4): 616-628
10. Chouinard MC, Hudon C, Dubois MF, Roberge P, Loignon C, Tchouaket E, Fortin M, Couture EM, and Sasseville M. Case management and self management support for frequent users with chronic disease in primary care: A pragmatic randomized controlled trial, *BMC Health Services Research*. 2013; 13 (49): 2-13.
11. Gonzalez DLI, Norris SA. Chronic Non-Communicable Disease and Healthcare Access in Middle-Aged and Older Women Living in Soweto, South Africa. *PLOS ONE*. 2013; 8 (10)
12. Mafuya NP. Self reported prevalence of chronic noncommunicable disease and associated factors among older adults in South Africa. *Citation: Globe health action*. 2013; 6 (20936): 1-7
13. Vathesatogkit P. Associations of lifestyle factors, Disease history and awareness with health-related quality of life in Thai population. *Plos One*. 2012; 7 (11): 1-10
14. Elwood P, Galante J, Pickering J, Palmer S, Bayer A, Shlomo YB, Longley M, and Gallacer J. Health lifestyles reduce the incidences of chronic diseases and Dementia: Evidence from the caerphilly cohort study. *Plos One*. 2013;. 8 (2): 1 - 7
15. Stanley M, Beare PG. Buku ajar keperawatan gerontik. Edisi 2. Jakarta: EGC 2007
16. Potter PA & Perry AG. Fundamental of nursing: Fundamental keperawatan. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika 2010
17. Stanhope M and Lancaster J. Community public health nursing. St. Louis-Missouri: Mosby 2004
18. Departemen Kesehatan RI. Promosi kesehatan: Komitmen global dari Ottawa-Jakarta-Nairobi menuju rakyat sehat. Jakarta: Depkes RI 2009
19. Kemetrian Kesehatan RI. Pedoman pembinaan kesehatan lanjut usia bagi petugas kesehatan. Direktorat Bina Kesehatan Komunitas. Jakarta: Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI 2010
20. Landon BE. (2007). Improving the management of chronic diseases at community health centers. *New England Journal of Medicine*. 2007; 356 (9): 921- 934.