

3-31-2016

Elderly Mistreatment: Risk Factors and Therapy

Ummi Ulfah Madina

Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta. RS Penyakit Infeksi Dr. Sulianti Saroso

Noto Dwimartutie

Divisi Geriatri, Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta, n_dwimartutie@yahoo.com

Follow this and additional works at: <https://scholarhub.ui.ac.id/jpdi>



Part of the [Internal Medicine Commons](#)

Recommended Citation

Madina, Ummi Ulfah and Dwimartutie, Noto (2016) "Elderly Mistreatment: Risk Factors and Therapy," *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*: Vol. 3: Iss. 1, Article 9.

DOI: 10.7454/jpdi.v3i1.8

Available at: <https://scholarhub.ui.ac.id/jpdi/vol3/iss1/9>

This Literature Review is brought to you for free and open access by UI Scholars Hub. It has been accepted for inclusion in *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia* by an authorized editor of UI Scholars Hub.

Salah Perlakuan terhadap Orang Tua: Faktor Risiko dan Tatalaksana

Elderly Mistreatment: Risk Factors and Therapy

Umami Ulfah Madina¹, Noto Dwimartutie²

¹Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta

²Divisi Geriatri, Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta

Korespondensi:

Noto Dwimartutie. Divisi Geriatri, Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo. Jln. Pangeran Diponegoro 71, Jakarta 10430, Indonesia. email: n_dwimartutie@yahoo.com

ABSTRAK

Salah perlakuan terhadap orang usia lanjut merupakan masalah kesehatan yang serius dan mampu menurunkan kualitas hidup, namun dapat dicegah. Perlakuan salah dapat dilakukan secara sengaja maupun tidak sengaja oleh pramurawat maupun pasien sendiri. Definisi yang belum seragam, faktor risiko yang beragam dan perbedaan kultural di tiap daerah merupakan kesulitan yang dihadapi dalam mengenali dan menatalaksana salah perlakuan terhadap orang tua. Kelebihan dan keterbatasan metode penapisan salah perlakuan yang ada saat ini harus dipahami dengan baik. Dengan demikian, upaya pencegahan dan penatalaksanaan salah perlakuan dapat dilakukan dengan tepat.

Kata kunci: penapisan, salah perlakuan, tatalaksana, usia lanjut

ABSTRACT

Elderly mistreatment is a preventable serious health problem that lowering older adults quality of life. Elderly mistreatment can be done by the caregiver or even the patient himself, regardless the intention. Meanwhile, defining an elderly mistreatment is still a challenge due to varied risk factors and cultural differences in each country. Those conditions result in challenges in identifying and managing elderly mistreatment. This review will also discuss screening modalities to identify elderly who is at risk or currently abused to prevent and manage elderly mistreatment properly.

Keywords: elderly, management, mistreatment, older adults, screening

PENDAHULUAN

Peningkatan angka harapan hidup dan menurunnya angka fertilitas sebagai dampak dari peningkatan kualitas kesehatan menyebabkan terjadinya pergeseran komposisi penduduk. Hal ini menyebabkan populasi lanjut usia (lansia) di dunia bertambah banyak. Pada tahun 2010, diperkirakan terdapat 524 juta orang berusia 65 tahun atau lebih, yakni sekitar 8% dari populasi dunia. Pada tahun 2010-2050 diperkirakan terjadi peningkatan populasi lanjut usia di negara berkembang hingga melebihi 250%. Di Indonesia sendiri, dalam kurun waktu 30 tahun terakhir terjadi peningkatan proporsi penduduk lansia yang signifikan yaitu dari 4,48% pada tahun 1971 menjadi 7,56% pada tahun 2012.¹⁻³ Fenomena ini akan menimbulkan polemik global berupa bertambahnya prevalensi penyakit kronik dan meningkatnya berbagai faktor risiko terjadinya cedera yang dapat dicegah.

Perlakuan salah terhadap orang tua merupakan salah satu bentuk cedera yang dapat dicegah dan merupakan masalah yang serius. Prevalensi perlakuan salah pada orang tua bervariasi di berbagai negara, yakni sekitar 11,4% di Amerika Serikat pada tahun 2008, 2,2% di Irlandia pada tahun 2010 dan 36,2% di Republik Rakyat Cina pada tahun 2010. Sementara itu, belum ada data akurat mengenai prevalensi perlakuan salah terhadap orang tua di Indonesia. Namun, dalam praktek sehari-hari semakin banyak kasus yang mengindikasikan adanya perlakuan salah terhadap orang tua.⁴⁻⁸

Perlakuan salah terhadap orang tua dapat berupa penganiayaan, pengabaian, eksploitasi maupun pengisolasi yang dilakukan oleh kerabat, teman, atau pramurawat yang dapat berakibat fatal. Hal tersebut, baik sengaja ataupun tidak, dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup dan kesehatan seorang lansia.

Oleh karena itu, diperlukan penapisan faktor risiko yang berperan sentral untuk deteksi dini adanya perlakuan salah. Namun demikian, terdapat beberapa kesulitan yang dihadapi, diantaranya yaitu belum terdapat keseragaman definisi dari berbagai studi yang ada, faktor risiko yang beragam, serta adanya perbedaan kultural di tiap daerah. Kondisi ini berdampak pada belum optimalnya tatalaksana maupun pencegahan dari perlakuan salah terhadap orang tua.^{5,9-12} Berdasarkan hal tersebut, tinjauan pustaka ini dibuat untuk mengenali berbagai faktor risiko perlakuan salah pada orang tua, sehingga dapat dilakukan deteksi dini, pencegahan maupun penatalaksanaan kasus perlakuan salah terhadap orang tua pada praktik sehari-hari.

DEFINISI

Pada tahun 1987, *American Medical Association* (AMA) mendefinisikan perlakuan salah terhadap orang tua sebagai suatu tindakan atau kelalaian yang membahayakan atau menimbulkan ancaman bahaya terhadap kesehatan atau kesejahteraan seorang lansia. Hal tersebut termasuk tindakan yang disengaja untuk menimbulkan cedera fisik atau mental serta kekerasan seksual. Selain itu, tindakan salah perlakuan lainnya yaitu tidak memberikan pangan, sandang dan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan fisik dan mental lansia yang diasuh, dijaga atau dalam tanggungannya.^{5,9}

World Health Organization (WHO) dan *Center for interdisciplinary Gerontology* (CIG)¹³ mengadopsi definisi dari *Action on Elder Abuse* yaitu suatu tindakan atau kurangnya tindakan yang seharusnya, tunggal atau berulang, yang terjadi dalam suatu hubungan berlandaskan kepercayaan yang menyebabkan bahaya atau kesulitan pada lansia. Sementara itu, *National Research Council* mengembangkan definisi tersebut menjadi tindakan disengaja yang menyebabkan bahaya atau menimbulkan risiko bahaya yang serius (tanpa menilai apakah bahaya tersebut disengaja ataupun tidak) terhadap lansia yang rentan oleh pramurawat atau orang lain yang memiliki hubungan berlandaskan kepercayaan dengan lansia tersebut. Selain itu, *National Research Council* juga mendefinisikannya menjadi kegagalan seorang pramurawat untuk memenuhi kebutuhan dasar lansia atau melindunginya dari bahaya.⁴

Spektrum dari perlakuan salah terhadap orang tua dikategorikan menjadi penganiayaan psikologis, penganiayaan fisik, penganiayaan seksual, penganiayaan finansial dan pengabaian. Penganiayaan psikologis merupakan sebuah tindakan maupun ancaman yang menimbulkan tekanan mental sehingga mengakibatkan

perasaan takut, kekerasan, isolasi, kehilangan dan perasaan tidak berdaya maupun malu. Hal ini meliputi penganiayaan verbal, intimidasi serta ancaman memasukkan lansia ke panti jompo. Penganiayaan sosial seperti menghalang-halangi kontak dengan kerabat dan teman dapat dianggap sebagai penganiayaan psikologis. Penganiayaan fisik merupakan suatu tindakan disengaja atau paksaan fisik yang menimbulkan cedera atau nyeri fisik. Penganiayaan seksual merupakan tindakan seksual yang tidak dikehendaki, termasuk kontak seksual, perkosaan, bahasa atau perilaku eksploitatif dengan kondisi lansia tersebut tidak memberikan persetujuan atau persetujuan diberikan di bawah paksaan. Penganiayaan finansial dapat berupa penggunaan ilegal, tidak tepat atau salah pengelolaan uang, properti atau sumber finansial. Sementara itu pengabaian didefinisikan sebagai kegagalan pramurawat atau wali untuk memenuhi kebutuhan hidupnya, termasuk penolakan pemberian izin kepada orang lain memberikan perawatan yang semestinya. Pengabaian diri dapat dimasukkan kedalam spektrum ini walau tidak semuanya sepakat.

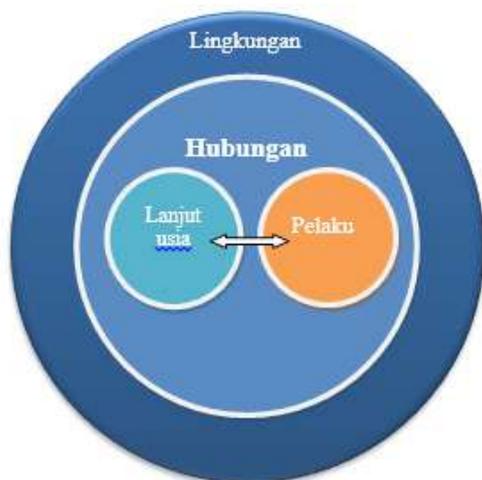
Luasnya spektrum dalam berbagai definisi tersebut tidak lantas memudahkan dalam mengenali perlakuan salah terhadap orang tua. Beberapa hal yang perlu diperhatikan meliputi bagaimana membedakan korban perlakuan salah dengan korban tindakan kriminal, bagaimana menilai hubungan antara pelaku dan korban, siapa yang berada pada posisi kepercayaan serta kondisi korban. Hal lain yang perlu dipertimbangkan ialah kapan seseorang dikatakan sebagai lansia. Beberapa negara maju di Amerika dan Eropa menganggap batasan umur tua ialah 65 tahun, namun di Indonesia telah dicapai konsensus usia 60 tahun sebagai batas umur lansia.^{5,15}

ETIOLOGI

Berbagai penjelasan teoritis (Tabel 1) didapatkan dari studi tentang kekerasan keluarga. Studi tersebut menekankan beban pramurawat dalam hal ketergantungan, psikopatologi pelaku penganiayaan dan transmisi intergenerasi atas kekerasan, tekanan eksternal dan isolasi sosial. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat dilihat adanya interaksi antara lansia, pelaku dan lingkungan. Gambaran interaksi tersebut digambarkan dalam model hubungan antara orang tua dengan anak dalam lingkungan mulai dari sistem mikro (hubungan) hingga sistem makro (socio-kultural) dan mencerminkan dinamika intergenerasi (Gambar 1).^{5,14}

Tabel 1 Berbagai teori yang mendasari timbulnya salah perlakuan pada usia lanjut⁵

Teori	Faktor risiko
Interaksi simbolik	Stress pramurawat
Teori situasional	Isolasi korban
Teori penukaran	Ketergantungan korban pada pramurawat dan pramurawat pada korban
Teori pembelajaran sosial	Kejahatan inter-generasi
Teori psikoanalitik	Psikopatologi pada korban atau pramurawat



Gambar 1 Kerangka konsep faktor risiko salah perlakuan terhadap orang tua¹⁴

Data di Amerika Serikat tahun 2008 menunjukkan bahwa 1 dari 10 lansia mengalami salah perlakuan. Namun, angka tersebut diduga hanya merepresentasikan sebagian kecil dari kasus aktual karena hanya merangkum jumlah yang dilaporkan. Beberapa kasus lainnya diprediksi masih banyak yang tidak dilaporkan oleh dokter disebabkan oleh beberapa alasan. Diantara alasan tersebut diantaranya: 1) sedikit atau kurangnya pelatifa mengenali salah perlakuan; 2) sikap yang kurang menyenangkan terhadap usia lanjut; 3) sedikitnya literatur medis tentang salah perlakuan pada orang berusia lanjut; 4) penolakan menghubungkan tanda-tanda salah perlakuan (tidak yakin) pada orang berusia lanjut; 5) menyembunyikan korban (pasien tidak sering dilihat oleh dokter); 6) tanda-tanda/gejala samar-samar (higiene buruk atau dehidrasi); 7) penolakan atau takut berkonfrontasi dengan penyerang; 8) menolak melaporkan salah perlakuan yang masih merupakan kemungkinan; 9) orang yang diperlakukan secara salah memohon agar hal tersebut tidak dilaporkan (hak istimewa pasien/dokter); 10) kurangnya pengetahuan tentang prosedur pelaporan yang benar; dan 11) ketakutan timbulnya hubungan yang membahayakan dengan rumah sakit atau fasilitas perawatan.^{5,9}

FAKTOR RISIKO

Johannesen, dkk.¹⁴ dalam tinjauan sistematisnya berhasil mengenali 37 faktor risiko yang signifikan secara statistik. Dari 37 faktor risiko tersebut, 13 diantaranya didapati pada 4 atau lebih penelitian yang dinilai berkualitas lebih baik. Berikut ini ialah daftar faktor risiko perlakuan salah terhadap orang tua yang mengacu pada kerangka konsep pada Gambar 1 dapat dikelompokkan dari segi faktor dari lansia itu sendiri, pelaku, hubungan dan lingkungan.

Lansia

Faktor risiko dari lansia itu sendiri yaitu diantaranya gangguan kognitif, gangguan perilaku, penyakit psikiatrik atau masalah psikologis, ketergantungan fungsional, kesehatan fisik yang buruk (*frailty*), pendapatan rendah, trauma atau riwayat penganiayaan dan suku atau etnis. Gangguan kognitif sebagai salah satu faktor risiko dibuktikan dari beberapa studi yang dilakukan pada populasi umum, studi lansia yang membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dan studi lansia dengan demensia. Studi-studi tersebut menunjukkan bahwa gangguan fungsi kognitif berisiko menyebabkan terjadinya salah perlakuan. Sementara itu, gangguan perilaku pada lansia yang menjadi faktor risiko salah perlakuan meliputi sikap provokatif, agresif atau menolak perawatan. Hal tersebut dibuktikan pada beberapa studi yang dilakukan pada lansia yang membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dan pada studi lansia dengan demensia.¹⁴

Penyakit psikiatrik atau masalah psikologis, ketergantungan, *frailty*, pendapatan rendah dan trauma atau riwayat penganiayaan sebagai faktor risiko salah perlakuan pada lansia telah diidentifikasi oleh beberapa studi yang dilakukan pada populasi umum dan populasi lansia yang membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari. Sementara itu, suku atau etnis, dalam dua studi pada keturunan Afrika-Amerika menunjukkan adanya hubungan antara suku atau etnis dengan tindakan salah perlakuan pada lansia. Studi lain menunjukkan bahwa etnis non-kaukasian mengalami peningkatan risiko terhadap salah perlakuan secara keseluruhan dengan suku Aborigin-Kanada lebih berisiko mengalami penganiayaan fisik dan seksual. Selain itu, beberapa studi menunjukkan bahwa kesepian, konsumsi alkohol, ciri kepribadian, inkontinensia dan tidak memiliki dokter yang merawatnya secara teratur juga merupakan faktor risiko salah perlakuan. Namun demikian, tidak terdapat perbedaan tren yang jelas antara usia, gender dan tingkat pendidikan dalam hal faktor risiko.¹⁴

Pelaku

Faktor risiko salah perlakuan pada lansia yang berasal dari pelaku diantaranya yaitubeban atau stres pramurawat dan penyakit psikiatrik atau masalah psikologis. Beban pramurawat dan penyakit psikiatrik sebagai faktor risiko salah perlakuan pada lansia ditemukan pada studi yang dilakukan pada kelompok lansia yang membutuhkan bantuan dari aktivitas sehari-hari dan kelompok lansia dengan demensia. Selain itu, faktor lainnya ialah kurangnya pengalaman pramurawat, adanya konsumsi obat terlarang dan alkohol, berjudi, kesulitan finansial, ciri kepribadian anti sosial ataumenyalahkan (*blaming*), suku, trauma atau riwayat penganiayaan dan riwayat gangguan perilaku. Faktor-faktor tersebut tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin.¹⁴

Hubungan

Disharmoni keluarga, hubungan yang buruk atau berkonflik merupakan faktor risiko terjadinya salah perlakuan pada lansia. Hal tersebut berdasarkan studi pada populasi umum, pada lansia yang membutuhkan bantuan dari aktivitas sehari-hari dan lansia dengan demensia. Berdasarkan studi-studi tersebut diketahui bahwa faktor-faktor hubungan tersebut meningkatkan terjadinya salah perlakuan pada lansia.¹⁴

Lingkungan

Faktor risiko salah perlakuan pada lansia dari lingkungan diantaranya yaitu dukungan sosial yang rendah dan tinggal bersama orang lain. Hal tersebut berdasarkan hasil studi pada populasi umum dan lansia yang membutuhkan bantuan dari aktivitas sehari-hari. Namun, faktor tinggalbersama orang lain belum terbukti berhubungan pada spektrum penganiayaan finansial.^{9,14}

MANIFESTASI KLINIK

Anamnesis

Umumnya, pasien dan pramurawat diwawancara terpisah dan pasien diwawancara terlebih dahulu. Hendaknya wawancara dimulai dengan menanyakan hal-hal umum terlebih dahulu. Dokter perlu mencoba untuk mengetahui berbagai detil kehidupan pasien sehari-hari, kondisi ekonomi, hubungannya dengan pramurawat dan mengevaluasi status mental pasien. Jika terdapat kecurigaan adanya salah perlakuan, maka pramurawat perlu diwawancara. Hal yang perlu diperhatikan yaitu pentingnya membina hubungan (*rapport*) dengan menghindari pertanyaan yang sifatnya menghakimi dan

berempati sehingga pramurawat tidak merasa terancam. Wawancara dapat dilakukan di rumah atau di rumah sakit, sebab perbedaan lokasi tidak menunjukkan adanya perbedaan dalam partisipasi dan prevalensi perlakuan salah.

Terdapat beberapa tanda bahaya salah perlakuan yang dapat ditemukan dari proses anamnesis. Tanda-tanda tersebut dapat dijadikan identifikasi awal adanya salah perlakuan pada lansia. Beberapa tanda bahaya tersebut yaitu: 1) pramurawat enggan untuk meninggalkan pasien dengan petugas kesehatan; 2) kurangnya pengetahuan terhadap kondisi medis pasien, 3) sering terlambat kontrol atau berobat; 4) adanya kesenjangan informasi antara data objektif dengan ucapan pramurawat atau antara ucapan pasien dengan ucapan pramurawat; 5) sering dibawa ke instalasi gawat darurat, klinik atau rumah sakit; dan 6) cedera cedera yang tidak dapat dijelaskan.^{9,16-18}

Pemeriksaan fisik

Temuan fisik pada pasien salah perlakuan tidak spesifik sehingga akan lebih sulit untuk membedakan apakah kondisi tersebut disebabkan oleh kecelakaan yang tidak disengaja atau bukan. Distribusi dari cedera dapat memberikan informasi tambahan. Sekitar 2/3 cedera akibat salah perlakuan timbul di ekstremitas atas dan regio maksilo-fasial. Tabel 2 menunjukkan beberapa temuan fisik yang dapat menjadi indikatoradanya tindakan penganiayaan atau pengabaian.^{9,19}

Tabel 2 Temuan pemeriksaan fisik pada kasus salah perlakuan

Parameter	Temuan fisik
Keadaan umum	Higiene buruk, pakaian kotor
Tanda vital	Hipotensi, takikardia (dapat menunjukkan dehidrasi, perdarahan, risiko jatuh)
Rongga mulut	Ekimosis (dapat mengindikasikan oral sex yang dipaksakan), luka sundut rokok di bibir dan ujung jari, gigi patah, gigi palsu yang tidak sesuai ukurannya, lesi venereal
Telinga, hidung dan tenggorokan	Deviasi septum nasal (dari trauma berulang), jejak jari atau bekas tali di sekitar leher
Mata	Perdarahan subkonjunktiva atau vitreus (mengindikasikan trauma baru), retina terlepas, fraktur orbita, katarak traumatik (mengindikasikan trauma lama)
Kulit	Luka bakar, laserasi, ekimosis, ulkus dekubitus, memar dengan berbagai tahap penyembuhan, lesi yang sugestif akibat restrain ekstremitas,
Toraks dan Abdomen	Fraktur iga, pneumotoraks, ruptur lien, perdarahan intraabdominal (dapat tampak sebagai tanda Cullen atau Turner)
Sistem saraf	Temuan fokal, gangguan status mental, gangguan fungsi, depresi, ansietas
Ortopedi	Gangguan gait, diskrepansi panjang tungkai akibat fraktur

DETEKSI SALAH PERLAKUAN TERHADAP ORANG TUA

Sampai saat ini, belum terdapat satu instrumen penapisanbaku yang dapat digunakan dalam praktik sehari-hari. Sebab, kultur yang berbeda akan memberikan hasil yang tidak tepat sehingga penggunaan instrumen penapisanhendaknya disesuaikan dengan kondisi kultur setempat. Oleh karena itu, terdapat beberapa instrumen psikometrik yang telah dibuat dandapat digunakan untuk menilai adanya salah perlakuan.

Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)

Instrumen ini memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan instrumen ini ialah hanya terdiri dari lima butir pertanyaan dan dapat dikerjakan dalam waktu satu menit dengan tingkat reliabilitas sebesar 86-90%. Kekurangan instrumen ini yaitu hanya dapat digunakan oleh petugas yang telah mendapatkan pelatihan tentang salah perlakuan pada orang tua secara ekstensif dan tidak dapat menilai pengabaian diri sendiri.¹⁹

Caregiver Abuse Screen (CASE)

Instrumen ini terdiri dari delapan butir pertanyaan yang digunakan untuk menapis potensi pramurawat untuk melakukan perlakuan salah. Berbeda dengan BASE, instrumentini tidak memerlukan pelatihan khusus untuk menggunakannya. Hasil dengan menggunakan instrument ini dikatakan valid dan terandalkan.²⁰

Elder Abuse Suspicion Index (EASI)

Kuesioner ini terdiri dari enam butir pertanyaan yang digunakan untuk mengevaluasi ada tidaknya salah perlakuan dan kebutuhan proteksi bagi pasien. Sensitivitas dan spesivitas dari instrument ini yaitu sebesar 47% dan 75% jika setidaknya satu pertanyaannya positif.²¹

Elder Assessment Instrument (EAI)

Instrumen ini berasal dari profil pasien lansia yang mengalami salah perlakuan dan dikerjakan di instalasi gawat darurat. Instrumen ini berlaku untuk usia 70 tahun atau lebih. Indeks validitas dari instrumen ini yaitu sebesar 0,83 dan reabilitas tes dan *retest* sebesar 0,83. Namun, tidak terdapatdata mengenai sensitivitas dan spesifisitas dari jenis instrument ini.²²

Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)

Intrumen ini digunakan untuk menilai risiko penganiayaan, pengabaian atau eksploitasi. Skor >3

menunjukkan risiko yang lebih tinggi untuk mengalami salah perlakuan.²³

Indicators of Abuse Screen (IOA)

Uji ini dapat membedakan kemungkinan kasus salah perlakuan (84%) dan kemungkinan bukan salah perlakuan (99%).²⁴

Partner Violence Screen (PVS)

Uji ini dapat digunakan sendiri atau bersama dengan *Index of Spouse Abuse* dan *Conflict Tactic Scale*. Instrumen ini memiliki nilai sensitivitas sebesar 65-70%, sedangkan spesifisitasnya sebesar 80-84%.²⁵

Screening tools (Actual Abuse Tool, Suspected Abuse Tool, dan Risk of Abuse Tool)

Instrumen-intrumen tersebut menyediakan daftar tanda dan gejala mayor penganiayaan dan pengabaian. Namun demikian tidak semua gejala mayor tercantum dalam instrumen ini.²⁶

Vulnerability to Abuse Screening Scale

Instrumen ini digunakan untuk mengidentifikasi wanita berusia lanjut yang berisiko mengalami salah perlakuan. Instrumen terdiri dari empat komponen, yaitu kerentanan, ketergantungan, paksaan dan penolakan. Realibilitas internal dari instrumen ini dinilai moderat. Namun, belum ada data mengenai sensitivitas dan spesifisitas dari instrumen ini.²⁷

TATALAKSANA

Pengelolaan pasien salah perlakuan hendaknya menggunakan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter (termasuk psikiatri), perawat, pekerja sosial, perwakilan hukum dan petugas administrasi. Poin penting dalam penanganan salah perlakuan terhadap orang tua yaitu bukan menghukum pelaku, namun secepatnya menghentikan salah perlakuan tersebut. Oleh karena itu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam tatalaksana salah perlakuan terhadap orang tua.

Hal pertama yang perlu diperhatikan yaitu memastikan keamanan pasien dan menghargai otonomi pasien. Penting untuk melakukan diskusi bersama dengan pasien mengenai rencana selanjutnya. Jika pasien menolak intervensi, evaluasi ulang apakah pasien dalam kondisi mampu mengambil keputusan sendiri. Pada pasien yang mampu mengambil keputusan namun menolak intervensi, maka hal yang dapat dilakukan ialah mengedukasi pasien mengenai pola perlakuan salah, memberikan nomor

telepon yang dapat dihubungi dan informasi tempat perlindungan yang bisa dicapai jika ada kondisi darurat. Pada pasien yang tidak mampu mengambil keputusan sendiri, maka perwalian menjadi penting. Hal ini dapat dilakukan oleh petugas perlindungan sosial.⁹

Perlu diperhatikan pula untuk menghindari ketergesaan penanganan. Jika pasien dinilai dalam kondisi yang membahayakan dan mampu mengambil keputusan sendiri maka pasien secepatnya dipersiapkan untuk menjauhkan diri dari pelaku dan diberikan pertolongan medis sesuai kebutuhannya serta disediakan tempat perlindungan sementara. Idealnya, jika pasien tinggal di rumah milik sendiri, maka diusahakan pelaku kekerasan dijauhkan dari rumahnya walaupun seringkali hal ini tidak mudah untuk dilakukan. Selain itu, hal lain yang perlu diperhatikan yaitu penghargaan terhadap pramurawat. Pramurawat perlu diberikan bantuan berupa kesempatan untuk beristirahat berkala, pelatihan, bantuan dari kerabat dan teman, dilibatkan dalam *support group* serta menangani kondisi medis spesifik yang dimilikinya.

Padapengelolaan kasus salah perlakuan, dokter dapat mengalami dilema etik yaitu antara menyeimbangkan kerahasiaan dokter-pasien dengan keselamatan pasien. Oleh karena itu, dibutuhkan peraturan perundangan yang jelas mengenai hal ini. Di Amerika dan Inggris telah terdapat peraturan perundangan yang mengatakan bahwa kondisi salah perlakuan terhadap orang tua ini mutlak harus dilaporkan secara hukum meski beberapa pihak menyatakan bahwa hal ini bersifat paternalistik dan kolot. Namun, di Indonesia belum terdapat undang-undang yang secara khusus mengatur mengenai salah perlakuan pada orang tua sehingga data yang dimiliki masih tertinggal dibanding salah perlakuan pada anak.^{5,9}

Di Indonesia juga terdapat beberapa kendala lainnya dalam penataksanaan salah perlakuan pada lansia. Hal tersebut terkait kurang baiknya pelayanan medis yang ada. Selain itu, kendala lainnya yaitu tidak terdapatnya keseragaman dalam penatalaksanaan pelayanan seperti ketidaksesuaian ide dengan dana yang tersedia.¹²

SIMPULAN

Prevalensi lansia di Indonesia akan bertambah banyak seiring dengan bertambah panjangnya angka harapan hidup. Hal ini akan berdampak timbulnya kejadian perlakuan salah terhadap orang tua yang lebih tinggi. Data yang ada saat ini menunjukkan kejadian salah perlakuan merupakan akibat dari interaksi faktor risiko yang ada pada lansia tersebut, pelaku, hubungan antara keduanya dan lingkungan. Penanganannya menitik beratkan akan

keselamatan dari lansia tersebut secepatnya sembari menghargai otonomi yang dimiliki oleh pasien. Hal ini ini membutuhkan penanganan multidisiplin dan dukungan pemerintah dalam pelaksanaannya. Namun demikian, bukti epidemiologis yang ada saat ini kebanyakan berasal dari Amerika dan Eropa. Belum ada data di Indonesia terkait topik ini, sehingga terbuka peluang untuk penelitian lebih lanjut sehingga dapat dipersiapkan program yang sesuai demi kesejahteraan lansia.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization, US National Institute of Aging. Global Health and Aging. Geneva: NIH Publication;2011. p.1-32
2. Komisi Nasional Lanjut Usia 2010. Profil Penduduk Lanjut Usia 2009 [Internet]. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia; 2009 November [diakses 2014 Mei 1]. url:<http://www.komnaslansia.or.id/>
3. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia. Buletin Jendela Data dan informasi Kesehatan, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013. p.1-18
4. Strasser SM, Smith M, Scott W, Zheng S, Cao Y. Screening for Elder Mistreatment among Older Adults Seeking Legal Assistance Services. *West J Emerg Med.* 2013;14(4):309-15.
5. Supartondo, Sari NK. *Elder Mistreatment/Salah Perlakuan terhadap Orang Tua*. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, editors. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam 4th ed. Jakarta: Pusat Penerbitan IPD FKUI; 2006. p.1457-1460.
6. Aclerno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzy W, et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual and Financial Abuse Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health.* 2010;100(2):292-97.
7. Naughton C, Drennan J, Treacy MP, Lafferty A, Lyons I, Phelan A, et al. Abuse and Neglect of Older People in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect. *Balfield: University College Dublin;* 2010.p.8-79.
8. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and Associated Factors of Elder Mistreatment in a Rural Community in People's Republik of China: A Cross-Sectional Study. *PLoS One.* 2012;7(3):e33857
9. Ahmad M, Lachs MS. Elder Abuse and Neglect: What Physician Can and Should Do. *Cleve Clin J Med.* 2002;69(10):802-8.
10. Hirsch CH, Stratton S, Loewy R. The Primary Care of Elder Mistreatment. *West J Med.* 1999;170(6):353-8.
11. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding Elder Abuse in Family Practice. *Can Fam Physician.* 2012;58(12):1360-40.
12. Mamhidir AG, Kihlgren M, Sorlie V. Ethical Challenges Related to Elder Care. High Level Decision-Maker Experiences. *BMC Med Ethics.* 2007;8(3):1-10.
13. World Health Organization. A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report [Internet]. France: World Health Organization; 2008 [cited 2014 May 1]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/elder_abuse2008/en/
14. Johannesen M, LoGiudice D. Elder Abuse: A Systematic Review of Risk Factors in Community-Dwelling Elders. *AgeAgeing.* 2013;42(3):292-8.
15. Pillemer K, Breckman R, Sweeney CD, Brownell P, Fulmer T, Berman J, et al. Practitioners' Views on Elder Mistreatment Research Priorities: Recommendations from a Research-to-Practice Consensus Conference. *J Elder Abuse Negl.* 2011;23(2):115-26.
16. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder Mistreatment in the United States. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008;3(4):S248-54.
17. Price T, King PS, Dillard RL, Bulot JJ. Elder Financial Exploitation: Implications for Future Policy and Research in Elder Mistreatment. *West J Emerg Med.* 2011;12(3):354-6.

18. Fraga S, Costa D, Dias S, Barros H. Does Interview Setting Influence Disclosure of Violence? A Study in Elderly. *Age Ageing*. 2012;41(1):70-5.
19. Murphy K, Waa S, Jaffer H, Sauter A, Chan A. A Literature Review of Findings in Physical Elder Abuse. *Can Assoc Radiol J*. 2013;64(91):10-4.
20. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Can J Aging*. 1995;14(Suppl 2):45-60.
21. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and Validation of a Tool to Improve Physician Identification of Elder Abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*. 2008;20(3):276-300.
22. Fumer T. Elder Mistreatment Assessment. In: *General Assessment Series*. New York: The Hartford Institute for Geriatric Nursing;2012.p.15.
23. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Stahl C. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *J Appl Gerontol*. 1991;10(4):406-15.
24. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *Gerontologist*. 1998;38(4):471-80.
25. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. *J Am Med Assoc*. 1997;277(17):1357-61.
26. Bass DM, Anetsberger GJ, Ejaz FK, Nagpaul K. Screening Tools and Referral Protocol for Stopping Abuse Against Older Ohioans: A Guide for Service Providers. *J Elder Abuse Negl*. 2001;13(2):23-38.
27. Schofield MJ, Mishra GD. Validity of Self-Report Screening Scale for Elder Abuse: Women's Health Australia Study. *Gerontologist*. 2003;43(1):110-20.