

Elder mistreatment: a clinical, social, and legal concern

Este, M. R.¹, Mulyana, R²

¹ Program Studi Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Padang, Indonesia

E-mail : rasyid.md@gmail.com

² Bagian Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Padang, Indonesia

Abstrak

Elder mistreatment atau salah perlakuan terhadap individu lanjut usia (lansia) adalah segala aktivitas yang dilakukan orang lain terhadap lansia yang tergolong membahayakan dan menimbulkan kerugian seperti penganiayaan dan atau pengabaian fisik, verbal, finansial atau material, serta hak azasi manusia (HAM). Kejadiannya berkisar antara 3,2% hingga 27,5% dari populasi lansia, di mana populasi lansia diprediksi menjadi 1,2 milyar orang pada tahun 2025. Faktor resiko utamanya adalah kurangnya pelaporan, faktor individu, faktor hubungan, faktor komunitas dan faktor sosial. Diagnosis meliputi anamnesis terhadap pasien, keluarga atau pramurawat. Deteksi diawali dengan memastikan ada tidaknya gangguan kognitif, menggunakan form *Mini-Cog* atau *Mini Mental State Examination* (MMSE). Dilanjutkan dengan skrining, yang dapat dilakukan menggunakan instrumen *Elder Abuse Suspicion Index* (EASI), selanjutnya pemeriksaan fisik mencari bukti tindakan penganiayaan atau pengabaian. Intervensi dilakukan dengan memberikan penanganan medis pada cedera fisik, perlindungan sementara, menjauhkan pelaku dari korban, serta edukasi mengenai pola salah perlakuan yang dapat melibatkan pelayanan sosial serta penegak hukum. Manajemen meliputi pemeriksaan lengkap dan terfokus terhadap salah perlakuan, menyiapkan *safety plan*, yaitu menyediakan perencanaan untuk meningkatkan perlindungan terhadap pasien, serta edukasi sasaran perawatan. Pengelolaan pasien hendaknya menggunakan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, perwakilan hukum dan petugas administrasi. Dibutuhkan data yang lengkap serta peraturan perundangan yang jelas mengenai salah perlakuan seperti di Amerika dan Inggris di mana salah perlakuan mutlak dilaporkan secara hukum.

Katakunci — *Elder Mistreatment, Abuse*

Abstract

Elder mistreatment is all activities carried out by other people towards the elderly which are classified as dangerous and causing harm, such as physical, verbal, financial or material abuse and or neglect, and violation of human rights. The incidence ranges from 3.2% to 27.5% of the elderly population, where this population is predicted to be 1.2 billion people by 2025. The main risk factors are under-reporting, individual factors, relationship factors, community factors and social factors. The diagnosis includes anamnesis of the patient, family or caregiver. Detection begins by confirming any cognitive impairment, using the Mini-Cog or Mini Mental State Examination (MMSE) form. Followed by screening, which can be done using the Elder Abuse Suspicion Index (EASI) instrument, then a physical examination looks for evidence of abuse or neglect. Intervention is carried out by providing medical treatment for physical injuries, temporary protection, keeping the perpetrator away from the victim, and education on patterns of mistreatment that can involve social services and law enforcement. Management includes a complete and focused examination of mistreatment, preparing a safety plan, which is providing plans to improve patient protection, as well as education on treatment goals. Patient management should use a multidisciplinary team consisting of doctors, nurses, social workers, legal representatives and administrative officers. Complete data and clear laws and regulations regarding mistreatment are needed, such as in America and Britain where absolute mistreatment is legally reported.

Keywords— *Elder Mistreatment, Abuse*

I. PENDAHULUAN

Elder mistreatment adalah aktivitas yang dilakukan orang lain terhadap individu lanjut usia (lansia) yang tergolong membahayakan dan menimbulkan kerugian. Walaupun belum ada definisi maupun klasifikasi yang disepakati, *elder mistreatment* dapat diartikan sebagai penganiayaan dan atau pengabaian secara fisik, verbal, finansial atau material, serta kejahatan terhadap hak azasi manusia (HAM). *Elder mistreatment* sering disebut sebagai *elder abuse* atau salah perlakuan terhadap lansia.¹

Populasi lanjut usia saat ini menjadi isu yang penting di dunia di mana lansia menjadi salah satu poin penting dalam isu sosial dan kesehatan masyarakat, dimana banyak literatur yang melaporkan *elder mistreatment* terjadi di berbagai negara maju maupun negara berkembang. Di setiap negara yang berbeda, terdapat variasi kultural dalam cara salah perlakuan ini terjadi. Saat ini jumlah populasi lanjut usia meningkat secara cepat terutama di negara-negara berkembang, namun tidak diiringi dengan peningkatan sistem bantuan sosialnya. Hal ini mengakibatkan individu-individu lanjut usia berada dalam resiko tinggi mengalami salah perlakuan.²

Salah perlakuan terhadap lansia merupakan masalah yang serius. Studi mengatakan prevalensi *elder mistreatment* terjadi pada 32 dari 1000 populasi lansia di dunia. Data di Amerika mengatakan setiap tahunnya 15 juta orang tua mengalami salah perlakuan.³ Studi lain di Australia, Inggris, Kanada, Kosta Rika, Belanda mengatakan 2 hingga 6% individu lanjut usia mengalami salah perlakuan, baik itu secara fisik, psikologis, pembiaran dan eksploitasi. *Systematic review* terhadap 49 studi mengenai salah perlakuan mengatakan bahwa *abuse* terjadi berkisar antara 3,2 hingga 27,5%.⁴

Sebuah *Review* oleh Chalise (2017) terhadap 26 studi melaporkan prevalensi terendah

salah perlakuan terjadi di Amerika Serikat yaitu 1,1%, sedangkan yang terbanyak terjadi di Spanyol yaitu sebesar 44,6%.² Di Thailand, 50% dari lansia yang tinggal bersama keluarga mengalami salah perlakuan, di Afrika terjadi salah perlakuan sebanyak 64,3% terhadap lansia laki-laki dan 60,3% terhadap lansia perempuan. Meski belum terdapat data akurat di Indonesia, dalam praktek sehari-hari kian sering dijumpai kasus-kasus yang mengindikasikan salah perlakuan terhadap lansia.⁴

Secara umum perhatian terhadap *elder mistreatment* telah meningkat, mengingat beberapa dekade yang akan datang, di negara-negara berkembang maupun negara maju akan terjadi peningkatan dramatis dari populasi lansia. Diprediksi pada tahun 2025, populasi global orang berumur 60 tahun keatas akan bertambah dua kali lipat, dari 542 juta pada tahun 1995 menjadi 1,2 milyar. Jumlah total lansia yang hidup di negara berkembang juga akan meningkat pada tahun 2025 mencapai 850 juta orang. Diperkirakan bahwa pada beberapa negara yaitu Kolombia, Indonesia, Kenya, Thailand, di tahun 2025 akan terjadi peningkatan lebih dari empat kali lipat. Sedangkan data saat ini di seluruh dunia, sekitar 1 juta orang mencapai umur 60 tahun tiap bulannya.²

II. TINJAUAN PUSTAKA

A. DEFINISI

Disepakati bahwa *elder mistreatment* / *elder abuse* atau yang sering disebut juga salah perlakuan, didefinisikan sebagai tindakan, perintah, ataupun kelalaian (pembiaran) secara sengaja maupun tidak sengaja yang merugikan, mencelakai sehingga berakibat penderitaan/kesengsaraan terhadap individu lanjut usia.^{2,4}

Ruang lingkup *elder mistreatment* adalah tindakan atau kelalaian yang mencakup salah perlakuan fisik (tindakan yang menyebabkan cedera fisik maupun nyeri termasuk pemukulan, tendangan, tamparan, dorongan

atau pengekangan), salah perlakuan psikologis (tindakan yang menyebabkan cedera emosional, termasuk penghinaan, pengasingan, ancaman), salah perlakuan seksual (apapun tindakan seksual yang tidak disetujui), eksploitasi finansial (pencurian, penipuan, pemaksaan yang berhubungan dengan keuangan), dan pembiaran (kegagalan pengasuh melayani kebutuhan lansia seperti tidak memberikan obat, gizi, dan tempat tinggal yang seharusnya).¹

B. FAKTOR RISIKO

Masalah penting dari *elder mistreatment* adalah kurangnya pelaporan, baik dari dokter maupun pasien. Diperkirakan hanya 2% dokter yang melaporkan kasus salah perlakuan dari seluruh kasus yang ada. Anggota keluarga hanya melaporkan 20% dari kasus salah perlakuan, rumah sakit 17,3%, layanan *homecare* 9,6%, namun semuanya lebih tinggi daripada pelaporan oleh dokter.⁵

Hambatan-hambatan dalam proses pelaporan *elder mistreatment* ini, diantaranya: ketidakpastian validitas diagnosis "*elder mistreatment*", dikarenakan sedikitnya literatur medis yang ada, kurangnya pelatihan, perasaan tidak nyaman jika berkonfrontasi dengan pelaku, serta kekhawatiran bahwa pelaku akan balas dendam terhadap korban, ketidaktahuan bagaimana melaporkan salah perlakuan, menolak ikut serta dalam proses hukum, merasa bahwa bukti tidak cukup kuat sebagai suatu *elder mistreatment*, korban memohon agar hal yang dialaminya tidak dilaporkan, tidak adanya protokol yang baku terhadap *elder mistreatment*, dan kurangnya kepekaan publik terhadap salah perlakuan.⁶

Faktor risiko salah perlakuan pada lansia di antaranya, faktor individu, hubungan, komunitas, sosial, maupun kombinasinya. Faktor individu adalah faktor yang berasal dari lansia itu sendiri, seperti lansia dengan gangguan kognitif, gangguan perilaku, penyakit kejiwaan, ketergantungan terhadap

orang lain (dalam menjalani aktivitas sehari-hari), kesehatan fisik yang rendah atau *frailty*, kemiskinan, trauma atau riwayat salah perlakuan sebelumnya.²

Gangguan kognitif dan ketergantungan merupakan faktor resiko utama timbulnya salah perlakuan pada lansia, deteksi terhadap faktor risiko ini menjadi sangat penting karena berhubungan dengan berbagai sindroma geriatri yang umum pada lansia seperti depresi, demensia, jatuh disertai fraktur panggul, dan ulkus dekubitus. Sementara gangguan perilaku meliputi sikap provokatif, agresif atau menolak perawatan, hal ini terbukti pada beberapa studi yang dilakukan pada lansia dengan demensia dalam aktivitas sehari-hari mereka yang melibatkan pertolongan orang lain.²

Penyakit psikiatrik, masalah psikologis, ketergantungan, *frailty*, kemiskinan, trauma dan riwayat salah perlakuan sebelumnya teridentifikasi dari beberapa studi terhadap lansia yang membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari. Beberapa faktor individu lain adalah penggunaan alkohol, gangguan kepribadian anti-sosial, inkontinensia dan enggan menemui dokter secara rutin. Masih belum jelas jika umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan menjadi faktor risiko yang berpengaruh.^{2,7}

Faktor hubungan, beban atau stres pengasuh/perawat, adanya gangguan psikologis, ketidakharmonisan hubungan dengan korban maupun anggota keluarga lainnya adalah faktor-faktor yang sering menjadi masalah, sehingga meningkatkan resiko terjadinya salah perlakuan. Model salah perlakuan antara lain adalah, seorang anak yang dulunya memiliki riwayat kekerasan dari orangtua, di mana orangtua tersebut sekarang menjadi lansia, dan bergantung hidup dari anak tersebut. Hal ini dapat menjadi siklus kekerasan yang berkelanjutan dimana si anak membalas perlakuan orangtua yang dulu pernah ia dapatkan. Perbedaan budaya dan kebiasaan

antar penghuni rumah juga sering menjadi penyebab konflik dan menimbulkan risiko untuk melahirkan salah perlakuan terhadap lansia.^{1,2}

Faktor komunitas yang berhubungan contohnya adalah isolasi sosial terhadap bantuan/dukungan sosial. Letak geografis tempat tinggal lansia yang jauh dari keluarga, teman, pusat pelayanan lansia, ditambah lagi jika lansia tersebut memiliki gangguan fisik dan mental. Hal ini memicu lansia bergantung dan berinteraksi dengan orang-orang yang tidak dikenal dan tidak dapat dipercaya sehingga meningkatkan risiko kekerasan finansial maupun kekerasan lain yang tidak diketahui oleh keluarga.^{2,8}

Faktor sosial pada *elder mistreatment* di antaranya, terdapat kebiasaan, stereotipe yang menganggap lansia adalah orang yang lemah dan tergantung terhadap orang lain memicu tindakan semena-mena. Beberapa laporan mengatakan pada daerah tertentu terdapat toleransi yang tinggi terhadap perilaku kekerasan dan agresif, sehingga orang muda seolah diperbolehkan melakukan perlakuan yang tidak sepatutnya. Berikutnya yang cukup berpengaruh yaitu kualitas pusat kesehatan dan pelayanan lansia yang rendah, pengasuh yang tidak kompeten dan tidak terlatih, lingkungan hidup yang tidak mendukung keberlangsungan hidup lansia. Dilaporkan pula budaya migrasi dari anak dan keluarga meninggalkan orangtua menjadi salah satu faktor risiko dibidang sosial.²

C. PENDEKATAN TERHADAP PASIEN

Mengenali adanya salah perlakuan seringkali sulit, terutama lansia dengan gangguan kognitif, oleh karenanya evaluasi status mental penting dilakukan terlebih dahulu. Pada pasien tanpa gangguan kognitif sekalipun, riwayat masih sulit didapatkan karena takut dengan pelaku yang dapat melakukan pembalasan. Pembalasan tersebut dapat berupa hukuman fisik atau ancaman kekerasan dari pelaku serta ditinggalkan.

Beberapa lansia justru enggan ditempatkan di fasilitas perawatan dan lebih baik memilih diperlakukan tidak benar di rumah sendiri daripada pindah ke tempat lain.⁶

ANAMNESIS

Umumnya, pasien dan pramurawat diwawancarai secara terpisah di mana pasien diwawancarai terlebih dahulu, jika terdapat kecurigaan adanya salah perlakuan, maka wawancara pramurawat menjadi keharusan. Hal yang penting pada saat wawancara adalah menghindari pertanyaan yang sifatnya menghakimi dan berempati sehingga pramurawat tidak merasa terancam.⁹

Wawancara dimulai dengan menanyakan hal-hal umum. Dokter perlu mengetahui detail kehidupan pasien sehari-hari, mencoba mendapatkan pandangan akurat kehidupan pasien sehari-hari termasuk makanan, obat-obatan, berbelanja, dan kehidupan sosial lainnya. Selain itu hubungan pasien dengan pramurawat dapat ditanyakan dengan menggali hubungan pasien dengan pramurawat, apakah hubungan pasien dengan pramurawat baik-baik saja, serta apakah pramurawat menjaga pasien dengan baik.⁶

Orang tua yang mengalami salah perlakuan seringkali datang dengan keluhan somatik, dokter dapat menanyakan adanya penanganan yang kasar, isolasi, salah perlakuan secara verbal maupun emosional. Pertanyaan pada pasien dapat diarahkan pada jenis kekerasan itu sendiri, menanyakan langsung tindakan-tindakan seperti pukulan, tendangan, ancaman dengan senjata, *restrain*, serta luka bakar. Keluhan yang samar atau membingungkan menunjukkan indikasi adanya salah perlakuan, di mana keluhan yang disampaikan diikuti dengan perasaan takut.⁸

Kekerasan psikologis digali melalui beberapa tindakan seperti dipermalukan, cacian-makian, tidak diacuhkan, ancaman verbal, larangan mendapat kunjungan dari

kerabat, keluarga, perawat dan sebaliknya. Kekerasan yang terkait pembiaran (*neglect*) dapat berupa tidak diberikannya akses kesehatan, makanan bernutrisi yang tidak cukup, pakaian yang tidak bersih, kondisi tempat tinggal yang tidak aman, tidak terlindung secara sempurna, kotor, dan tidak mendapat bantuan/akses dalam aktivitas dasar sehari-hari seperti ke kamar mandi, berpindah tempat, dan pakaian.⁹

Berikutnya dapat dilakukan evaluasi kondisi ekonomi pasien, kekerasan finansial dapat berupa kehilangan uang, surat/dokumen berharga, mempersulit akses pasien terhadap harta bendanya, memaksa pasien menyerahkan harta benda, maupun memaksa menandatangani dokumen yang berhubungan dengan finansial pasien.¹⁰

Beberapa tanda bahaya yang mengindikasikan salah perlakuan pada proses anamnesis yang dapat dijadikan identifikasi awal, yaitu: 1) Pramurawat enggan untuk meninggalkan pasien dengan petugas kesehatan, 2) Kurangnya pengetahuan pramurawat terhadap kondisi medis pasien, 3) sering terlambat kontrol atau berobat, adanya kesenjangan informasi antara data objektif dengan ucapan pramurawat atau antara ucapan pasien dengan ucapan pramurawat, 5) riwayat sering dibawa ke instalasi gawat darurat, klinik atau rumah sakit serta terdapat cedera-cedera yang tidak dapat dijelaskan.⁶ Penting diingat bahwa salah perlakuan atau pembiaran paling sering terungkap pada kunjungan rutin atau pada saat perawatan jangka panjang, oleh karena itu penggunaan instrumen skrining secara rutin menjadi penting.¹¹

DETEKSI ELDER MISTREATMENT

Salah perlakuan sering terjadi dalam situasi rumah tangga, seringkali pelaku adalah pengasuh dewasa, anggota keluarga, atau orang lain yang berada dalam satu atap. Dilaporkan bahwa orang tua yang berumur lebih dari 75 tahun cenderung memiliki lebih

banyak faktor risiko, dan mereka umumnya tidak dapat mengungkapkan atau mengutarakan kejadian yang dialami. Skrining atau penyelidikan sistematis dapat mendeteksi adanya salah perlakuan. Penting untuk melakukan evaluasi medis yang detil karena kondisi medis dan kejiwaan dapat menggambarkan salah perlakuan, dan tanda-tanda dari salah perlakuan sering muncul berupa cedera dengan pola yang spesifik, dokter harus secara rutin mencari dan menyelidiki faktor risiko salah perlakuan terhadap orang tua.¹²

Sebelum memulai deteksi salah perlakuan, skrining terhadap gangguan kognitif harus dilakukan. *Mini-Mental State Examination* dikenal sebagai pemeriksaan dengan sensitivitas dan spesifitas yang tinggi dalam mendeteksi gangguan kognitif, jika hasil pemeriksaan pasien tidak didapatkan demensia, pasien dapat dilanjutkan dengan skrining terhadap salah perlakuan. Beberapa rekomendasi terhadap dokter adalah, form skrining *The Elder Abuse Suspicion Index* (EASI) adalah salah satu yang paling sering digunakan dalam mengkaji risiko dugaan salah perlakuan terhadap lansia, instrumen ini dapat dilihat pada tabel 1.⁹

Penggunaan EASI juga dianjurkan pada setiap kunjungan rutin pasien lansia. Dengan sensitivitas 47% dan spesifisitas 75%, indeks EASI meliputi lima pertanyaan dan satu kumpulan tanda yang dicari dari pemeriksaan fisik, sebagai identifikasi untuk dilanjutkan ke pengkajian selanjutnya. Menemukan 2 jawaban Ya pada EASI cukup untuk mencurigai adanya tindakan salah perlakuan.¹³

Beberapa instrumen lain selain EASI didesain untuk mendeteksi resiko pada kecurigaan salah perlakuan dan telah divalidasi untuk fasilitas kesehatan primer. *Elder Assessment Instrument* (EAI) merupakan salah satu yang dikerjakan di instalasi gawat darurat, instrumen ini berlaku untuk usia 70 tahun atau lebih dengan indeks

validitas sebesar 84% dan tes reabilitas sebesar 83%.¹¹

Hwalek-Sengstok Elder Abuse Screening Test (H-S “EAST”) digunakan untuk menilai resiko penganiayaan, pengabaian atau eksploitasi. *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS) khusus digunakan pada wanita usia lanjut untuk mengidentifikasi resiko salah perlakuan yang terdiri dari empat komponen yaitu, kerentanan, ketergantungan, paksaan dan penolakan. Namun belum ada data mengenai sensitivitas dan spesifisitas kedua instrumen ini.¹⁴

Instrumen yang dilakukan terhadap pramurawat atau sekaligus dengan korban. *Caregiver Abuse Screen* (CASE) adalah salah satu instrumen yang diberikan kepada pengasuh atau yang memberikan pertolongan kepada lansia. Instrumen ini terdiri dari delapan butir pertanyaan yang digunakan untuk menapis potensi pengasuh untuk salah perlakuan. Selain itu, terdapat *Indicators of abuse Screen* (IOA), uji ini dapat membedakan kemungkinan kasus salah perlakuan (84%) dan kemungkinan bukan salah perlakuan (99%).¹¹

TABEL 1. ELDER ABUSE SUSPICION INDEX.⁹

Dalam jangka waktu 12 bulan terakhir			
Apakah anda tergantung pada orang lain dalam melakukan salah satu hal berikut? (mandi, berpakaian, belanja, keuangan, makan)	Ya	Tidak	Tidak ada jawaban
Adakah seseorang mencegah Anda untuk mendapatkan makanan, pakaian, pengobatan, kacamata, alat bantu pendengaran, atau orang-orang yang ingin Anda temui?	Ya	Tidak	Tidak ada jawaban
Pernahkah anda marah karena seseorang berbicara kepada Anda yang membuat Anda malu atau terancam?	Ya	Tidak	Tidak ada jawaban

Adakah seseorang memaksa Anda untuk menandatangani atau menggunakan uang Anda tanpa persetujuan?	Ya	Tidak	Tidak ada jawaban
Adakah seseorang yang menakuti, menyentuh Anda dengan cara yang tidak Anda sukai atau menyakiti Anda secara fisik?	Ya	Tidak	Tidak ada jawaban
Carilah tanda-tanda berikut ini: kontak mata yang menurun, <i>withdrawal</i> (menarik diri), kurang gizi, masalah kebersihan, luka sayat, memar, pakaian yang tidak layak, masalah obat-obatan. Apakah hal ini anda temui dalam 12 bulan terakhir?	Ya	Tidak	Tidak yakin

Beberapa hal yang perlu dievaluasi untuk skrining adanya salah perlakuan, seperti yang dirangkum pada tabel II.

TABEL 2. EVALUASI SALAH PERLAKUAN.⁶

Poin penting
• Waspadai perjanjian yang tidak ditepati, keterlambatan untuk mencari pertolongan yang tak dapat dijelaskan
• Selalu berbicara pada pasien seorang diri
• Penilaian adanya depresi, ansietas, menarik diri, atau kebingungan
• Selalu menggali riwayat seksual dengan hati-hati
• Tanyakan pada pasien secara langsung tentang adanya penganiayaan
• Nilai kualitas interaksi antara pasien dan pramurawat
• Tanyakan pada pramurawat apakah ia memiliki masalah dalam melakukan perawatan
• Nilai sistem pendukung sosial pasien

PEMERIKSAAN FISIK

Trauma dalam bentuk fraktur, dislokasi, laserasi, abrasi, luka bakar, atau memar biasanya jelas terlihat. 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.¹

Distribusi cedera dapat memberikan informasi tambahan. Sekitar duapertiga cedera akibat salah perlakuan timbul di ekstremitas atas dan regio maksilo-fasial.⁶ Tabel III menunjukkan beberapa temuan fisik indikator adanya tindakan penganiayaan atau pengabaian.⁹

Tidak ada uji laboratorium untuk mendeteksi salah perlakuan secara definitif. Kadar obat-obatan yang diresepkan sebelumnya, yang kemudian tidak terdeteksi dalam darah dapat mengindikasikan pasien tidak mendapat obat, yang dalam kasus seorang lansia dengan gangguan kognitif berarti pembiaran. Pramurawat bisa saja menyalahgunakan obat yang tidak diberikan tersebut. Peningkatan kadar obat-obatan terapeutik pasien tanpa penjelasan medis dapat mengindikasikan pemberian overdosis tanpa sengaja maupun dengan kesengajaan. Adanya obat atau toksin lainnya yang tidak diresepkan dapat berarti peracunan. Studi koagulasi dan hitung platelet dapat membedakan penyebab memar yang abnormal.¹³

Tabel 3. Temuan Fisik Indikator Tindakan Penganiayaan Atau Pengabaian.¹¹

Parameter	Temuan fisik
Keadaan umum	Higiene buruk, pakaian kotor, cara berpakaian yang tidak sesuai, kaheksia, tidak adanya alat bantu (kacamata, alat bantu dengar, gigi, tongkat/walker), gangguan mobilitas.
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 subkonjungtiva atau vitreus (mengindikasikan trauma baru), retina terlepas, fraktur orbita, katarak traumatik (mengindikasikan trauma baru).
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.
Sistem saraf	Temuan fokal, gangguan status mental, gangguan fungsi, depresi, ansietas, gangguan sensoris.
Ortopedi	Gangguan gaya berjalan (gait), diskrepansi panjang tungkai akibat fraktur, kontraktur.

Body chart atau fotograf (yang diambil atas izin pasien) berguna untuk mendokumentasikan lokasi dan bentuk dari cedera seperti memar, luka pada kulit, luka bakar, dan kondisi kulit lainnya. Jika terjadi kekerasan seksual dicurigai atau dilaporkan, pemeriksaan forensik harus dilakukan oleh petugas yang ahli dan terlatih. Pertanyaan kunci untuk membedakan cedera dengan unsur kesengajaan dan tanpa kesengajaan adalah: “apakah penjelasan yang didapatkan konsisten dan masuk akal dengan penemuan klinis?”¹⁵

INTERVENSI ELDER MISTREATMENT

Setelah pemeriksaan dilakukan, rawat inap dapat diperlukan untuk memberikan tatalaksana dan proteksi selama evaluasi lanjutan serta investigasi hukum yang tertunda. Jika terdapat kecurigaan kuat adanya salah perlakuan, dokter keluarga dapat terlebih dahulu melibatkan pelayan sosial setempat untuk meminta pendapat. Jika ditemukan tindak pidana, langkah berikutnya disesuaikan dengan syarat pelaporan hukum.¹⁶

Hindarilah ketergesaan penanganan, hal pertama yang perlu diperhatikan yaitu memastikan keamanan pasien namun tetap menghargai otonomi pasien. 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. Diskusikan bersama dengan pasien mengenai rencana selanjutnya. Jika pasien menolak intervensi, evaluasi ulang apakah pasien dalam kondisi mampu mengambil keputusan sendiri.¹⁷

Pasien yang mampu dan layak mengambil keputusan sendiri dan menolak intervensi, yang dapat dilakukan adalah mengedukasi pasien mengenai pola perlakuan salah, memberikan nomor telepon yang dapat dihubungi dan informasi tempat perlindungan yang bisa dicapai jika ada kondisi darurat atau pasien berubah pikiran. Pada pasien yang tidak mampu mengambil keputusan sendiri, maka perwalian dibutuhkan, hal ini dapat dilakukan oleh petugas perlindungan sosial.¹⁷

Hal yang juga tidak kalah penting adalah pramurawat, perlu adanya perhatian dan 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. Mengingat pramurawat merupakan pelaku tersering pada kasus *elder mistreatment*.¹⁸

Pada pengelolaan *elder mistreatment*, dokter dapat mengalami dilema etik antara menyeimbangkan kerahasiaan dokter-pasien dengan keselamatan pasien. Jika terdapat salah perlakuan pada usia lanjut, haruskah menjadi perhatian dokter ataukah dilaporkan kepada departemen sosial atau penegak hukum. Oleh karena itu, dibutuhkan peraturan perundang-undangan yang jelas. 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.^{17,18}

MANAJEMEN ELDER MISTREATMENT

Perlu persetujuan yang jelas dari pasien, apakah pasien setuju mendapat intervensi dari dokter, jika tidak pastikanlah pasien dalam keadaan yang layak untuk mengambil keputusan sendiri dan tidak memiliki gangguan kognitif. Jika terbukti terdapat salah perlakuan maka diperlukan riwayat medis yang detil dan lengkap serta pemeriksaan yang terfokus terhadap tindakan salah perlakuan yang dialami pasien. Pada kondisi gawat darurat atau mengancam nyawa, segera rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap disertai pelaporan kepada pihak yang berwenang.⁹

Langkah yang dapat dilakukan dokter adalah menyiapkan *safety plan*, yaitu menyediakan perencanaan untuk meningkatkan perlindungan terhadap pasien, hal ini dapat bekerjasama dengan teman dan anggota keluarga yang terpercaya.¹⁹

Safety plan tersebut dapat meliputi penetapan tempat-tempat yang aman untuk dikunjungi pasien, seperti rumah sakit pada pasien yang membutuhkan rawat inap, rumah keluarga, rumah kerabat, atau tempat perlindungan lain yang dapat menjamin keselamatan pasien sehingga terhindar dari risiko salah perlakuan. Buatlah strategi untuk menghindari pasien tetap berhubungan dengan pelaku salah perlakuan, siapkanlah nomor telepon yang dapat dihubungi jika terjadi tindakan salah perlakuan seperti keluarga, kerabat, organisasi, maupun unit emergensi. Rencanakan moda transportasi yang dapat digunakan pasien, terutama jika tinggal di daerah terpencil.^{9,19}

Disamping tatalaksana medis terhadap cedera fisik ringan hingga mengancam nyawa, berikanlah keterangan yang jelas mengenai kondisi pasien dan edukasi sasaran perawatan pasien. Jelaskan hal-hal pokok yang memicu salah perlakuan, dan

rencanakanlah kunjungan berkala ke dokter keluarga. Selanjutnya, dokter dapat membuat laporan ke dinas sosial setempat maupun penegak hukum.⁹

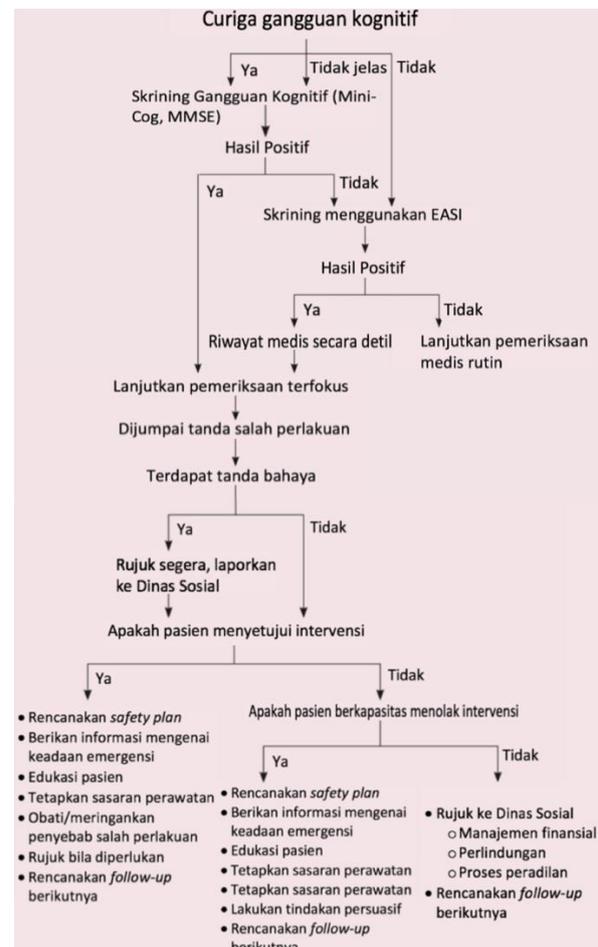
Negara melalui Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2012 menjamin pelayanan sosial terhadap lansia terutama pelayanan sosial kedaruratan yang meliputi pelayanan terhadap perlakuan salah. Lanjut usia yang mengalami perlakuan salah diberikan bantuan dan pelayanan khusus bagi yang mengalami penelantaran, penipuan, tindak kekerasan, eksploitasi, diskriminasi dan tindak pidana. Pelayanan terhadap lansia dalam bentuk layanan pengaduan, rujukan untuk pemulihan fisik dan mental, pendampingan, dan penempatan di tempat penanganan trauma lanjut usia.²⁰

Belum ada konsensus maupun algoritma standar untuk evaluasi dan manajemen *elder mistreatment*. 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.¹¹ Rangkuman manajemen *elder mistreatment* di atas dapat dilihat pada algoritma pada gambar 1.⁹

III. KESIMPULAN

Masih banyak kasus *elder mistreatment* yang tidak terdeteksi terutama akibat kurangnya pengetahuan dokter dan belum ada prosedur yang jelas mengenai pelaporan kasus, serta belum ada pihak yang berwenang yang bertanggung jawab menindak kasus *elder mistreatment*. Dianjurkan melakukan skrining terhadap kasus-kasus *elder mistreatment* mengingat setiap kejadian dapat memperburuk keadaan penyakit pasien. Banyak instrumen skrining yang dapat membantu deteksi kasus *elder*

mistreatment, salah satu yang lazim digunakan adalah *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)*. Ketelitian anamnesis, pemeriksaan fisik maupun penunjang, bersamaan dengan deteksi yang tepat dapat menjadi dasar yang kuat untuk menegakkan diagnosis *elder mistreatment*. Namun saat ini belum ada instrumen deteksi yang digunakan secara baku di Indonesia. Dibutuhkan sosialisasi dan pelatihan yang baik kepada dokter sehingga kasus-kasus *elder mistreatment* dapat terdeteksi dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Dibutuhkan pula algoritma standar dalam evaluasi dan manajemen *elder mistreatment* termasuk di dalamnya pihak yang berwenang menindak pelaku salah perlakuan.



GAMBAR 1. ALGORITMA MANAJEMEN ELDER MISTREATMENT.⁹

DAFTAR PUSTAKA

[1] Reuben DB, Rosen S, Schickedanz HB. Principles of geriatric assessment. Dalam: Halter

- JB, Ouslander JG, Studenski S, High KP, Asthana S, Ritchie CS, *et al*, editor (penyunting). *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Edisi ke-7. New York: McGraw Hill Education; 2017. hlm. 1017-1025.
- [2] Wolf R, Daichman L, Bennett G. Abuse of the elderly. Dalam: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editor (penyunting). *World report on violence and health*. Geneva: Publications of the World Health Organization; 2002. hlm. 125-143.
- [3] National Council on Aging. *Elder abuse statistics and facts*. Arlington (US): NCOA; 2014.
- [4] Chalise, HN. Elderly abuse: A neglected issue in developing countries. *J Geronto*. 2017;3(1):024
- [5] Ahmad, M. Elder abuse and neglect: What physicians can and should do. *Cleve Clin J Med*. 2002;69(10):801-8.
- [6] Supartondo, Sari NK. *Elderly mistreatment/salah perlakuan terhadap orang tua*. Dalam: Setiati, S. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Edisi ke-6. Jakarta: Interna Publishing; 2014. hlm. 3874-3878.
- [7] Johannesen, M. Elder abuse: a systemic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013;42(3):292-298.
- [8] Ananias, J. Factors contributing to elder abuse a neglect in the informal caregiving setting. *Soc Work*. 2015;50(2):268-284.
- [9] Hoover, RM. Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453-460.
- [10] Choo, WY. Elder mistreatment in a community dwelling population: the Malaysian Elder Mistreatment Project (MAESTRO) cohort study protocol. *Br Med J*. 2016;6(5): e011057.
- [11] Madina, UU. Salah perlakuan terhadap orang tua: faktor risiko dan tatalaksana *elderly mistreatment: risk factor and therapy*. *J Penyakit Dalam Indones*. 2016;3(1):52.
- [12] Londer, DD. Learning to detect and prevent elder abuse: the need for a valid risk assessment instrument. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015;191(1):1483-1488.
- [13] Wang, XM. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. *Can Med Assoc J*. 2015;187(8).
- [14] Gallione, C. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2017;26(15-16):2154-2176.
- [15] Sheridan, DJ. Domestic violence and family assessments. Dalam: Jarvis C, editor (penyunting). *Physical examination and health assessment*. Edisi ke-7. St. Louis, MO: Elsevier; 2016. hlm. 103-114.
- [16] Dong X, Simon MA. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Intern Med*. 2013 May 27;173(10):911-7.
- [17] Lachs, MS. Elder abuse. *N Engl J Med*. 2015;373:1947-56.
- [18] Pillemer, K. Elder abuse: global situation, risk factors and prevention strategies. *Gerontologist*. 2016;56(2):194-205.
- [19] Tyiska C, Gaboury M, Seymour A. Elder abuse. Office for Victims of Crime Training and Technical Assistance Center. 2012 (diunduh 5 Januari 2020). Tersedia dari: https://www.ovc.ac.gov/downloads/views/TrainingMaterials/NVAA/Documents_NVAA2011/ResourcePapers/Color_Elder%20Abuse%20Resource%20Paper_2012_nal%20-%20508c_9_13_2012.pdf.
- [20] Menteri Sosial Republik Indonesia. Peraturan menteri sosial Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2012 tentang pedoman pelayanan sosial lanjut usia. Kementerian Sosial Republik Indonesia. 2012 (diunduh Januari 2020). Tersedia dari: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/130208/permensos-no-19-tahun-2012>.