

## Morbiditas dan Multi Morbiditas Pada Kelompok Lanjut Usia di Indonesia

Anorital\*

\* Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Indonesia  
E-mail: anorital\_aan@yahoo.com

### Abstract

*The increasing elderly population in Indonesia has been predicted long ago. It causes a public health problem particularly the high rate of morbidity and multi-morbidity. The results of Basic Health Research (Riskesdas) 2007 and 2013, showed six common non-communicable diseases among the elderly such as diabetes mellitus, hypertension, coronary heart disease, stroke, rheumatoid arthritis, mental and emotional disorders. In addition, four infectious diseases predominantly among the elderly, they were acute respiratory infections, pneumonia, tuberculosis, and diarrhea. Both the high morbidity infectious and non-infectious diseases also indicated a multi-morbidity among the elderly. The Riskesdas 2007 results showed only 13% of healthy elderly were healthy, 34.8% of them suffered from one disease, and 52.2% had two or more diseases (multiple morbidity). Multiple morbidity resulted elderly people in more suffering condition, decreased their life quality and increased their mortality, and in a broader scope lead to their social and economic burden. Principal efforts overcoming the problem of multi-morbidity is to change policy of elderly health care particularly in the equity and continuity of elderly program in primary health care centers.*

**Keyword:** Multi Morbidity, Ageing, Geriatri

### Abstrak

Meningkatnya populasi lansia di Indonesia sudah diprediksi sejak jauh hari. Adanya peningkatan jumlah populasi lansia menimbulkan masalah kesehatan masyarakat yaitu tingginya angka morbiditas dan multi morbiditas. Dari hasil Riskesdas 2007 dan 2013, diketahui ada 6 penyakit tidak menular yaitu diabetes mellitus, hipertensi, jantung koroner, strok, penyakit sendi, dan gangguan mental emosional yang umum terjadi pada lansia. Selain ke 6 penyakit tersebut di atas, diketahui juga ada 4 penyakit menular yaitu ISPA, pneumonia, tuberkulosis, dan diare. Tingginya angka morbiditas penyakit menular dan tidak menular juga mengindikasikan adanya multi morbiditas pada lansia. Dari hasil Riskesdas 2007 hanya 13% lansia yang sehat, 34,8% menderita satu jenis penyakit, dan 52,2% menderita dua jenis penyakit atau lebih (multi morbiditas). Multi morbiditas mengakibatkan lansia semakin menderita, kualitas hidup menurun dan tingkat mortalitas pun meningkat, dalam lingkup yang lebih luas menimbulkan beban sosial dan ekonomi. Upaya pokok penanggulangan masalah multi morbiditas adalah dengan adanya perubahan kebijakan terhadap pelayanan kesehatan lansia yang dilakukan secara merata dan berkesinambungan di sentra pelayanan kesehatan dasar.

**Kata Kunci:** Multi Moribiditas, Lanjut Usia, Geriatri

## Pendahuluan

Memasuki milenium kedua Indonesia mulai mengalami beban ganda penyakit, yaitu suatu kondisi adanya peningkatan jumlah penderita penyakit tidak menular dan di pihak lain kasus dan kematian penyakit menular masih tetap tinggi. Penyakit tidak menular yang terjadi umumnya adalah hipertensi, penyakit jantung koroner, dan diabetes melitus. Sedangkan penyakit menular antara lain diare, ISPA, TBC, malaria, dan DBD. Tingginya kasus penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes melitus, jantung koroner, dan berbagai penyakit degeneratif lainnya terjadi dikarenakan berubahnya gaya hidup masyarakat dan meningkatnya status sosial ekonomi. Sedangkan masih tingginya kasus penyakit menular dikarenakan kondisi sanitasi lingkungan dan status pendidikan masyarakat yang rendah. Kondisi seperti ini lazim juga disebut sebagai masa transisi epidemiologi. Hal ini dikarenakan pola penyakit yang umumnya terjadi di negara maju adalah penyakit tidak menular, sedangkan penyakit menular lebih banyak terjadi di negara yang baru berkembang.<sup>1,2</sup> Di pihak lain, umur harapan hidup orang Indonesia terus meningkat sehingga populasi penduduk lanjut usia (lansia) juga meningkat. Naiknya populasi lansia juga dibarengi dengan jumlah kelahiran bayi yang masih tinggi dan dominannya penduduk yang berusia muda.

Lanjut usia atau lansia adalah penduduk yang berusia 60 tahun ke atas. Penetapan usia 60 tahun sebagai batas awal lansia dikarenakan pada usia ini mulai terjadi penurunan fisik dan fisiologis yang signifikan. Proses penuaan ini ditandai dengan adanya perubahan dalam penampilan, penurunan fungsional panca indera, dan peningkatan kerentanan terhadap penyakit tertentu yang terkait dengan bertambahnya usia.<sup>3-5</sup> Hasil sensus penduduk tahun 2010 menunjukkan adanya peningkatan persentase lanjut usia

yaitu sebesar 7,56% dari seluruh kelompok umur.<sup>6,7</sup> Naiknya jumlah lansia mengindikasikan adanya keberhasilan dalam pembangunan kesehatan sehingga umur harapan hidup pun meningkat. Namun konsekuensi yang terjadi adalah naiknya prevalensi penyakit menular dan tidak menular. Hal ini dikarenakan salah satunya adalah semakin membaiknya sistem pelayanan kesehatan serta pencatatan dan pelaporan kasus penyakit dan kematian. Adapun tingginya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit infeksi dan penyakit degeneratif pada lansia juga disebabkan semakin menurunnya fungsi fisiologis dari berbagai organ tubuh sehingga lansia menjadi rentan dalam menghadapi berbagai macam penyakit.

Artikel ini mengulas tentang morbiditas dan multi morbiditas yang biasanya terjadi pada lansia. Data yang disajikan berasal dari hasil riset skala nasional (Riskesdas) dan hasil penelitian lainnya. Dari artikel ini akan diketahui besarnya masalah yang terkait dengan penyakit yang ada pada lansia dengan solusi terhadap kebijakan yang akan diterapkan. Dalam artikel ini analisis yang dilakukan terbatas pada besaran masalah yang ada (morbiditas dan faktor risiko), sedangkan analisis terkait aspek lainnya (mortalitas, pelayanan kesehatan, nutrisi) tidak dilakukan pembahasan.

## Metode

Artikel ini tersusun dari hasil studi kepustakaan dan *browsing internet*. Bahan atau artikel yang dicari melalui studi kepustakaan berupa artikel ilmiah hasil penelitian dan artikel ilmiah populer yang ditulis dalam majalah/jurnal ilmiah atau ilmiah populer, laporan hasil penelitian, survei, dan kajian; serta buku-buku yang berhubungan dengan penyakit tidak menular atau penyakit degeneratif. Bahan yang diperoleh melalui *browsing internet* menggunakan kata kunci *multi morbidity*, *co-morbidity*, *non communicable disease*,

dan geriatri. Umumnya bahan yang diperoleh dari hasil *browsing internet* berbentuk abstrak penelitian atau ringkasan. Untuk itu diupayakan memperoleh naskah lengkapnya. Jika naskah lengkap tidak diperoleh, bahan tersebut tidak dijadikan bahan referensi (rujukan) namun tetap dijadikan sebagai salah satu bahan pustaka.

Bahan atau artikel yang diperoleh dari hasil studi kepustakaan dan *browsing internet* dilakukan kajian melalui metode meta analisis. Meta analisis merupakan suatu metode penggabungan berbagai hasil studi sejenis yang diperoleh dari berbagai artikel atau publikasi ilmiah. Tidak seluruh artikel yang diperoleh dirujuk dalam artikel. Bagi artikel yang tidak termasuk dalam rujukan, tetap dijadikan bahan bacaan yang bermanfaat.

### Hasil

Dari hasil Sensus Penduduk tahun 2010 jumlah lansia di Indonesia berjumlah 18.043.712 jiwa. Diperkirakan persentasenya akan semakin meningkat dalam 10-25 tahun yad. Mulai tahun 2010 terjadi peningkatan yang tajam jumlah penduduk lansia yaitu 7,56% dari total penduduk; meningkat menjadi 8,49% tahun 2015; 9,99% pada tahun 2020; 11,83% pada tahun 2025; 13,82% pada tahun 2030; 15,77% pada tahun 2035; dan 25% pada tahun 2025.<sup>8-10</sup>

Peningkatan jumlah penduduk lansia tidak hanya terjadi di Indonesia. Di negara-negara yang berkembang dan baru berkembang fenomena ini tampak jelas. Proporsi lansia meningkat dari 8,1% pada tahun 1960 menjadi 10% pada tahun 2000<sup>11</sup>). Penuaan penduduk terjadi secara cepat, diperkirakan sebanyak 8 dari 10 orang lansia berada di negara berkembang. Saat ini populasi lansia di dunia adalah sekitar 650 juta dan sampai pertengahan abad ini akan bertambah menjadi 1,5—2 milyar lansia. Pada saat itu populasi penduduk

lansia akan lebih banyak dibandingkan dengan anak-anak di bawah usia 15 tahun.<sup>12</sup>

Pesatnya perkembangan jumlah lansia menimbulkan berbagai permasalahan kesehatan terutama pelayanan kesehatan. Hal ini dikarenakan lansia merupakan kelompok populasi yang rentan dalam menghadapi berbagai penyakit infeksi. Kerentanan lansia tersebut terjadi dikarenakan berkurangnya produksi immunoglobulin sebagai antibodi dan menurunnya respon sistem kekebalan tubuh; adanya penyakit penyerta yang timbul setelah terjadinya penurunan struktur dan fungsi organ tubuh; gangguan fungsional tubuh; mal-nutrisi yang menyebabkan rentan terkena penyakit infeksi; dan kondisi sanitasi lingkungan yang buruk.

Secara garis besar penyakit yang biasa dialami oleh lansia adalah penyakit infeksi meliputi influenza, diare, pneumonia, dan infeksi saluran kemih; serta penyakit tidak menular/degeneratif meliputi diabetes mellitus, jantung koroner, hipertensi, dan penyakit sendi. Hasil Susenas 2009 menunjukkan ada 6 keluhan kesehatan yang dialami lansia dalam sebulan terakhir yaitu batuk (20,5%), pilek (14,6%), demam/panas (11,4%), sakit kepala (10,8%), asma/sesak nafas (6,0%), diare (2,15%), dan gangguan pada gigi (1,5%)<sup>3</sup>). Prevalensi penyakit tidak menular pada golongan pra-lansia (56—59,9 tahun) dan lansia (60 tahun >) dapat diketahui dari hasil Riskesdas 2007 dan 2013.

Tabel 1 di bawah ini memperlihatkan prevalens 6 penyakit/gangguan penyakit tidak menular pada 3 kelompok umur 65-64 tahun, 65-74 tahun, dan 75 tahun ke atas.

**Tabel 1 Prevalensi Penyakit Tidak Menular Pada Usia 56 – 75 tahun >Di Indonesia  
(Berdasarkan Diagnosis dan Gejala)**

No	Penyakit	Prevalensi (%)	
		Risikesdas 2007	Risikesdas 2013
<b>1</b>	<b>Diabetes melitus *</b>		
a	56—64 tahun	3,7	5,5
b	65—74 tahun	3,4	4,8
c	75 tahun >	3,2	3,5
<b>2</b>	<b>Hipertensi **</b>		
a	56—64 tahun	53,7	45,9
b	65—74 tahun	63,5	57,6
c	75 tahun >	67,3	63,8
<b>3</b>	<b>Jantung koroner *</b>		
a	56—64 tahun	2,5	2,8
b	65—74 tahun	3,1	3,6
c	75 tahun >	3,0	3,2
<b>4</b>	<b>Strok *</b>		
a	56—64 tahun	20,2	33,0
b	65—74 tahun	31,9	46,1
c	75 tahun >	41,7	67,0
<b>5</b>	<b>Penyakit sendi *</b>		
a	56—64 tahun	56,4	45,0
b	65—74 tahun	62,9	51,9
c	75 tahun >	65,4	54,8
<b>6</b>	<b>Gangguan mental emosional *</b>		
a	56—64 tahun	15,9	6,9
b	65—74 tahun	23,2	9,7
c	75 tahun >	33,7	13,4

**Keterangan:** \* = berdasarkan diagnosis dokter dan gejala.  
\*\* = berdasarkan pengukuran tekanan darah.

Sumber: Risikesdas 2007 <sup>13)</sup> dan Risikesdas 2013. <sup>14)</sup>

Dari Tabel 1 di atas, tampak bahwa 6 penyakit yaitu: hipertensi dan penyakit sendi menempati prevalens tertinggi dibandingkan dengan 4 penyakit lainnya; dan lebih umum diderita lansia. Pada 5 penyakit seperti hipertensi, penyakit sendi, strok, jantung koroner, gangguan mental emosional; semakin bertambah usia maka semakin bertambah prevalens penyakit; terkecuali diabetes mellitus yang

menunjukkan penurunan pevalens dari pra-lansia ke lansia dan lansia tua.

Tabel 2 berikut di bawah ini menunjukkan 3 penyakit yang ada pada pra-lansia dan lansia berdasarkan hasil pemeriksaan darah.

**Tabel 2. Prevalensi Anemia, Toleransi Gula Terganggu (TGT) dan Diabetes mellitus (DM) Pada Usia 56 – 75 tahun > Di Indonesia**  
(Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Darah)

No	Penyakit	Prevalensi (%)	
		Riskesdas 2007 *	Riskesdas 2013 *
<b>1</b>	<b>Anemia</b>	<b>N = 4.183</b>	<b>N = 46.428</b>
a	56—64 tahun	7,7	23,0
b	65—74 tahun	10,4	32,1
c	75 tahun >	17,7	43,0
<b>2</b>	<b>TGT **</b>	<b>N = 24.417</b>	<b>N = 38.136</b>
a	56—64 tahun	15,3	33,4
b	65—74 tahun	17,8	36,6
c	75 tahun >	21,7	34,7
<b>3</b>	<b>DM</b>	<b>N = 24.417</b>	<b>N = 38.136</b>
a	56—64 tahun	13,5	11,3
b	65—74 tahun	14,0	13,0
c	75 tahun >	12,5	13,0

Keterangan: \* = Darah responden yang diperiksa adalah responden yang berdomisili di perkotaan.

\*\* = Darah responden yang diperiksa adalah responden yang berdomisili di perkotaan dan perdesaan.

\*\*\* = Toleransi Gula Terganggu (TGT) adalah kadar glukosa darah setelah 120 menit pembebanan sebesar 140-- <200 mg/dl.

Sumber: Riskesdas 2007 <sup>13)</sup> dan Riskesdas (Biomedis) 2013 <sup>15)</sup>.

Dari Tabel 2 di atas tampak prevalens anemia semakin meningkat seiring dengan meningkatnya usia dari pra-lansia (56 tahun) ke lansia tua (75 tahun ke atas). Sedangkan pada TGT dan diabetes mellitus tidak terlalu jauh perbedaan prevalens antar 3 kelompok umur sejak pra-lansia sampai ke lansia tua.

Tabel 3 di bawah ini memperlihatkan prevalens 4 penyakit menular pada 3 kelompok umur 65-64 tahun, 65-74 tahun, dan 75 tahun ke atas.

**Tabel 3. Prevalensi Penyakit Menular Pada Usia 56 – 75 tahun > Di Indonesia**  
(Berdasarkan Diagnosis dan Gejala)

No	Penyakit	Prevalensi (%)	
		Riskesdas 2007	Riskesdas 2013
<b>1</b>	<b>ISPA</b>		
a	56—64 tahun	25,7	24,6
b	65—74 tahun	28,3	27,3
c	75 tahun >	30,1	27,3
<b>2</b>	<b>Penumonia</b>		
a	56—64 tahun	3,4	2,5
b	65—74 tahun	4,7	3,1
c	75 tahun >	5,0	3,2
<b>3</b>	<b>Tuberkulosis</b>		
a	56—64 tahun	1,9	0,6 *
b	65—74 tahun	2,6	0,8 *
c	75 tahun >	2,7	0,7 *
<b>4</b>	<b>Diare</b>		
a	56—64 tahun	8,9	6,8
b	65—74 tahun	9,5	7,0
c	75 tahun >	10,4	7,4

Keterangan: \* = Berdasarkan diagnosis dokter dan nakes lainnya

Dari Tabel 3 di atas tampak bahwa ISPA dan diare merupakan penyakit yang umum terjadi pada usia pra-lansia, lansia, dan lansia tua.

Bagi seorang lansia ada beberapa penyakit yang diderita baik yang saling berkaitan maupun yang tidak. Gejala seperti ini dikenal sebagai multi morbiditas atau ko-morbiditas yaitu adanya secara simultan dua atau lebih penyakit kronis, baik menular atau pun tidak menular (degeneratif) pada satu orang; atau satu penyakit utama yang disertai dengan timbulnya penyakit penyerta yang sebab dan penyebabnya tidak saling berhubungan.<sup>11,16-19</sup> Dari pengertian tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa multi-morbiditas atau ko-morbiditas pada tubuh manusia terjadi dikarenakan adanya jumlah penyakit (dua atau lebih) yang timbul secara bersamaan; secara kumulatif terdapat jumlah dan tingkat keparahan beberapa penyakit; dan secara simultan terdapat beberapa gejala penyakit yang timbul. Kondisi dan gejala serupa ini

biasanya terjadi pada kelompok lansia<sup>11, 18</sup>.

Di Indonesia prevalens multi-morbiditas pada lansia bervariasi antar daerah. Di DKI Jakarta lansia yang menderita lebih dari 2 macam penyakit proporsinya sebesar 54,1%, sedangkan di DI Yogyakarta sebesar 44,7%<sup>16</sup>). Hal ini sesuai dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat dan cakupan pelayanan kesehatan. Dari hasil *Indonesian Family Life Survey* (IFLS) pada tahun 2007 prevalens multi-morbiditas sebesar 15,8%. Prevalens tertinggi terdapat pada lansia obesitas, tingkat pendidikan rendah, tidak bekerja, perokok, kurang berolahraga, dan kurangnya mengkonsumsi sayur dan buah.<sup>20</sup>

Dalam tahun yang sama, hasil Riskesdas 2007 menunjukkan sebanyak 28,0% lansia menderita 2 jenis penyakit; bahkan sebanyak 0,3% lansia menderita lebih dari tujuh jenis penyakit. Berikut Tabel 4 di bawah ini.

**Tabel 4. Kombinasi Penyakit Pada Penduduk Lansia di Indonesia Tahun 2007**

No	Kombinasi Penyakit	Jumlah	%
1	Tidak Sakit Sama Sekali	14.585	13,0
2	Menderita Satu Jenis Penyakit	38.667	34,8
3	Menderita Dua Jenis Penyakit	31.334	28,0
4	Menderita Tiga Jenis Penyakit	16.318	14,6
5	Menderita Empat Jenis Penyakit	6.950	6,2
6	Menderita Lima Jenis Penyakit	2.622	2,3
7	Menderita Enam Jenis Penyakit	909	0,8
8	Menderita Tujuh—Duabelas Jenis Penyakit	411	0,3
<b>Total</b>		<b>111.796</b>	<b>100</b>

Sumber: Riskesdas 2007 <sup>13)</sup> dan Anorital et.al <sup>16)</sup>.

Dari Tabel 4 di atas tampak bahwa 13% lansia yang tidak menderita penyakit, 34,8% menderita satu jenis penyakit, dan 52,2% lansia yang menderita 2 jenis penyakit atau lebih. Umumnya multi morbiditas terjadi pada para lansia yang berdomisili di perdesaan dengan tingkat sosial ekonomi rendah.

Jika dibandingkan dengan beberapa negara maju prevalens multi morbiditas bervariasi. Selama periode 1990—2002 dari berbagai studi yang dipublikasikan dalam jurnal ilmiah di Kanada, diketahui prevalens multi morbiditas pada usia pra-lansia dan lansia sebesar 60%. Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan prevalens asma (6,5%), hipertensi (29,6%), dan diabetes (8,7%) <sup>21)</sup>. Di Portugal, prevalens multi morbiditas sebesar 72,7% dari 1.993 orang pra-lansia dan lansia <sup>22)</sup>. Umumnya para pensiunan dan lansia yang berpendidikan rendah yang menderita multi morbiditas. Multi morbiditas akan

meningkat seiring dengan kenaikan usia seseorang. Di Skotlandia (tahun 2007), dari 1.751.841 pasien yang terdaftar di fasilitas pelayanan kesehatan sebanyak 23,2% adalah penderita multi morbiditas, terutama pada lansia 65 tahun ke atas. Multi morbiditas terjadi pada lansia yang hidup dengan tingkat ekonomi sosial yang rendah dan menderita gangguan psikis <sup>23)</sup>. Demikian juga sebanyak 13% dari penduduk Belanda menderita multi morbiditas dan 37% di antaranya berusia 55 tahun ke atas. <sup>24)</sup>

Tingginya persentase lansia yang menderita lebih dari 2 penyakit yang tertera pada Tabel 4 di atas dapat diketahui juga dengan melihat faktor risiko yang terjadi pada lansia. Tabel 5 di bawah ini memperlihatkan faktor risiko tersebut mulai pada kelompok usia pra lansia (55—59 thn) sampai lansia tua (di atas 75 thn).

**Tabel 5. Proporsi Pra Lansia dan Lansia Berdasarkan Faktor Risiko Tahun 2007 dan 2013**

No	Faktor Risiko	Tahun 2007	Tahun 2013
1	Merokok *	35,1%	26,5%
2	Kurang Aktivitas Fisik **	59,6%	---
3	Obesitas Sentral ***	19,9%	27,0%
4	Aktivitas Sedentari ****	---	29,6%
5	Kurang Konsumsi Buah dan Sayur *****	94,5%	94,2%

**Keterangan:**

*	= perokok setiap hari.
**	= kegiatan fisik yang dilakukan kurang dari 150 menit/minggu.
***	= lingkaran perut (laki-laki > 90 cm; perempuan > 80 cm)
****	= kegiatan fisik santai (tidak termasuk tidur) lebih dari 6 jam/hari.
*****	= makan buah & sayur kurang dari 5 porsi/hari selama seminggu

Dari Tabel 5 di atas, tampak bahwa 5 faktor risiko pada pra-lansia dan lansia baik pada tahun 2007 dan 2013 cukup tinggi. Kelima faktor risiko tersebut di atas rentan bagi pra-lansia dan lansia terkena penyakit paru obstruksi kronis, kanker, jantung koroner, diabetes mellitus, dan hipertensi.

### Pembahasan

Masalah utama kesehatan masyarakat di Indonesia saat ini ditandai dengan tingginya prevalens penyakit tidak menular dan penyakit menular; baik penyakit menular lama (*re-emerging diseases*), atau pun penyakit menular baru (*new-emerging diseases*). Fenomena ini secara jelas tergambar dari hasil Riskesdas 2007 dan 2013 serta data sekunder yang berasal dari rumah sakit, baik pada angka kesakitan (morbiditas) yang tinggi dari kedua jenis penyakit tersebut; maupun angka kematian (mortalitas) yang meningkat pada penyakit tidak menular namun mulai menunjukkan kecenderungan menurun pada penyakit menular.

Dari data rumah sakit di seluruh Indonesia, pada tahun 2009 dan 2010 terdapat 10 besar penyakit tidak menular yang penderitanya menjalani rawat jalan yaitu penyakit jantung iskemik, otitis media dan gangguan mastoid serta telinga tengah, asma, katarak, diabetes melitus, penyakit hipertensi, penyakit telinga dan proses mastoid, penyakit pulpa dan periapikal, gangguan refraksi dan akomodasi, penglihatan, serta penyakit kulit dan jaringan sub kutan lainnya. Sedangkan untuk rawat inap: penyakit sistem kemih lainnya, katarak, diabetes melitus, bronkitis dan PPOK, asma, penyakit jantung, anemia, strok, penyakit apendiks, dan hipertensi.<sup>25</sup> Demikian juga hasil Riskesdas 2007 dan 2013, angka kesakitan penyakit tidak menular cenderung meningkat. Peningkatan kasus penyakit tidak menular umumnya terjadi pada kelompok usia produktif, pra-lansia dan lansia.

Fenomena naiknya morbiditas penyakit tidak menular ini diprediksi akan terus meningkat jika faktor risiko yang ada

tidak dapat dikendalikan. Faktor risiko tersebut antara lain adalah kurangnya aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat dan tidak seimbang, gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok dan minum minuman beralkohol, gangguan mental emosional akibat tekanan pekerjaan, keterpaparan yang tinggi terhadap bahan pencemar, dan perilaku yang berkaitan dengan kecelakaan dan cedera.<sup>26</sup> Faktor-faktor risiko tersebut di atas untuk pelaksanaan intervensinya perlu mendapatkan prioritas tersendiri<sup>27</sup>. Untuk itu program prioritas pengendalian penyakit tidak menular yang dilaksanakan Ditjen P2 PL meliputi 6 penyakit tidak menular yaitu: hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, asma, penyakit paru obstruktif kronis, dan kanker.<sup>26</sup>

Dari Tabel 1 tampak ada 6 penyakit tidak menular yang merupakan masalah pada kelompok usia 56-75 tahun ke atas berdasarkan diagnosis dan gejala. Penyakit tersebut adalah diabetes mellitus, hipertensi, jantung koroner, stroke, penyakit sendi, dan gangguan mental emosional. Selain 6 penyakit tersebut, ada berbagai penyakit tidak menular (penyakit degeneratif) lainnya yang juga terjadi pada lansia seperti osteoporosis, katarak, glukoma, gangguan pendengaran, *alzheimer*, gangguan kognitif, gangguan prostat. Ke 12 macam/jenis penyakit tidak menular inilah yang menimbulkan adanya multi morbiditas pada pra lansia dan lansia.

Tabel 3 memperlihatkan adanya 4 jenis penyakit menular yang terdapat pada kelompok umur pra lansia dan lansia yaitu ISPA, pneumonia, tuberkulosis dan diare. ISPA merupakan penyakit yang umum terjadi pada lansia baik dari hasil Riskesdas 2007 dan 2013. Meskipun tuberkulosis prevalensinya tidak setinggi pneumonia, namun tingginya kesulitan pengobatan dan tingginya tingkat mortalitas tuberkulosis pada lansia menyebabkan tuberkulosis menjadi

masalah kesehatan yang cukup berat bagi para lansia.<sup>28</sup> Umumnya penderita tuberkulosis adalah lansia laki-laki dengan latar belakang pendidikan rendah dan tidak bekerja atau sebagai petani<sup>28</sup>. Dari 3 jenis penyakit menular yang ditularkan melalui air dan makanan, diare merupakan penyakit yang sering menimpa para lansia. Hal ini terjadi dikarenakan rendahnya daya tahan tubuh lansia terhadap bakteri *E. coli* yang hidup secara komensal di saluran pencernaan.<sup>29</sup> Selain ke 4 jenis penyakit tersebut di atas; penyakit malaria, DBD, tifus, dan hepatitis juga banyak terdapat pada pra lansia dan lansia.

Beragamnya penyakit yang diderita lansia menyebabkan tingginya angka mortalitas. Penyebab kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular merupakan penyebab utama. Studi COD yang dilakukan pada tahun 2012 menunjukkan penyebab terbanyak kematian pada lansia adalah penyakit jantung dan pembuluh darah (22,4%), penyakit jantung iskemik (8,9%), hipertensi (5,9%), tuberkulosis (5,3%), dan diabetes mellitus (5,0%)<sup>30</sup>. Umumnya penyebab kematian pada kelompok usia muda adalah penyakit menular seperti diare dan ISPA. Meningkatnya usia menyebabkan terjadinya perubahan pola penyebab kematian yaitu semula penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Pada kelompok lansia, adanya multi morbiditas yang merupakan kombinasi dua atau lebih penyakit menular dan tidak menular, mengakibatkan lansia semakin menderitanya, kualitas hidup menurun dan tingkat mortalitas pun meningkat.<sup>11, 17, 21, 23</sup>

Penyebab timbulnya multi morbiditas pada lansia tidak hanya terjadi akibat adanya ketidakberdayaan dalam bergerak (imobilisasi), gangguan keseimbangan (instabilitas), gangguan tidur (insomnia), gangguan berkemih (inkontinensia urin), depresi, defisiensi imunitas, gangguan pendengaran dan

penglihatan, dan gangguan kognitif<sup>10)</sup>. Faktor-faktor lainnya seperti patofisiologi satu penyakit yang dapat menyebabkan timbulnya penyakit lainnya, adanya konsumsi obat-obatan dalam jumlah yang kurang lazim (polifarmasi), dan faktor genetik dari masing-masing individu<sup>31)</sup> merupakan penyebab langsung multi morbiditas pada lansia. Sedangkan faktor tidak langsung lainnya adalah kondisi sosial ekonomi, status gizi, dan tingkat pendidikan lansia. Faktor sosial ekonomi yang rendah merupakan salah satu faktor penyebab tingginya angka multi morbiditas. Lima studi kohort multi morbiditas yang dilaksanakan di Belanda dan Amerika Serikat menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kejadian tingginya angka multi morbiditas dengan status sosial ekonomi rendah<sup>31)</sup>. Sedangkan tingginya prevalensi multimorbiditas pada lansia Indonesia disebabkan perilaku hidup bersih dan sehat pada lansia yang buruk dan kondisi sosial ek.onomi yang rendah<sup>13, 20</sup>

Konsekuensi dari adanya multi-morbiditas adalah terjadinya kecacatan dan penurunan fungsional, kualitas hidup menurun, dan biaya perawatan kesehatan meningkat. Adanya hal ini jelas bahwa perhatian terhadap multi morbitas dalam menanggulangi masalah lansia di Indonesia menjadi prioritas penting terutama dalam hal kebijakan peningkatan pelayanan kesehatan lansia. Selain itu dari aspek preventif dan promotif, intervensi melalui promosi kesehatan terhadap kelompok usia dini dan usia produktif akan menciptakan lansia yang sehat dan mandiri.

## **Kesimpulan**

Dalam jangka waktu 10—20 tahun yang akan datang, jumlah lansia di Indonesia akan meningkat pesat seiring dengan meningkatnya umur harapan hidup masyarakat Indonesia. Adanya hal ini menimbulkan konsekuensi terhadap sistem

pelayanan kesehatan. Pentingnya peningkatan sistem pelayanan kesehatan bagi para lansia dikarenakan tingginya morbiditas penyakit menular dan penyakit tidak menular. Tingginya morbiditas penyakit pada lansia mengindikasikan beragamnya penyakit (multi morbiditas) yang diderita lansia. Masalah multi morbiditas pada lansia tidak hanya menurunkan kualitas hidup lansia, juga dalam lingkup yang lebih luas menimbulkan beban sosial dan ekonomi.

## **Saran**

Kebijakan utama terkait dengan pelayanan kesehatan lansia adalah terciptanya lansia yang sehat dan produktif. Agar kebijakan ini dapat terlaksana dengan baik maka kegiatan pelayanan kesehatan lansia dilakukan secara merata dan berkesinambungan di sentra pelayanan kesehatan dasar. Selain memberikan pelayanan kesehatan yang teratur, perlu juga dilakukan kegiatan promosi kesehatan bagi para lansia yang akan memberikan dampak terhadap perubahan perilaku lansia dalam menerapkan pola hidup bersih dan sehat; serta punya kemampuan dalam hal *self surveillance* terhadap faktor risiko yang dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas. Kebijakan lainnya yang mendukung terciptanya lansia yang sehat dapat dilakukan dengan menambah frekuensi upaya kesehatan preventif dan promotif bagi kelompok usia dini (balita), usia remaja, dan usia produktif; pemberdayaan masyarakat sesuai dengan paradigma sehat; serta penguatan subsistem-subsistem pelayanan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, dan obat/alat kesehatan sesuai dengan permasalahan yang ada.

## **Ucapan Terima Kasih**

Penulis mengucapkan terima kasih kepada rekan-rekan peneliti Bidang Biomedis dan manajemen data Riskesnas

yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam proses penulisan artikel ini.

## Daftar Rujukan

1. Omran, A.R. (1971). "The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change." *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49.4.1 (1971): 509-38.
2. [www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_ch2\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_ch2_en.pdf). Diakses tanggal 2 Agustus 2015.
3. Komisi Nasional Lanjut Usia (2010). "Profil Penduduk Lanjut Usia 2009". Komnas Lansia. Jakarta.
4. [http://www.who.int/healthinfo/survey/ageing\\_defnolder/en/](http://www.who.int/healthinfo/survey/ageing_defnolder/en/)
5. [http://www.senescence.info/aging\\_definition.html](http://www.senescence.info/aging_definition.html)
6. Kementerian Kesehatan RI. (2012). "Profil Data Kesehatan Indonesia Tahun 2011". Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
7. Pusat Data dan Informasi Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. "Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia". *Buletin Jendela Informasi & Data Kesehatan Indonesia*, Semester I, 2013.
8. Budi Susilo Soepandji. (2014). "Adi Yuswa: Peran dan Pembedayaannya Dalam Membangun Ketahanan Nasional". Disampaikan pada seminar "Solusi Hidup Sehat, Bahagia dan Berguna di Hari Tua". Jakarta, 3 Mei 2014.
9. Kementerian PPN/Bappenas, Badan Pusat Statistik, dan United Nations Population Fund. (2013). "Proyeksi Penduduk Indonesia 2010—2035". Badan Pusat Statistik. Jakarta.
10. Siti Setiati. (2013). "*Geriatric Medicine*, Sarkopenia, *Frailty* dan Kualitas Hidup Pasien Usia Lanjut: Tantangan Masa Depan Pendidikan, Penelitian dan Pelayanan Kedokteran di Indonesia". Pidato Pengukuhan pada Upacara Pengukuhan Sebagai Guru Besar Tetap Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta 7 September 2013.
11. Alessandra Marengoni, et.al. (2011). Aging with Multimorbidity: A Systematic Review of the Literature. *Ageing Research Review*. Journal Home Page: [www.elsevier.com/locate/arr](http://www.elsevier.com/locate/arr).
12. Kanchit Limpakarnjanarat, WHO Indonesia. (2013). "Update Global Health Agenda on Ageing and Health". Presented on "Workshop of Health Ageing" in *Centre for Ageing Study*, Universitas Indonesia, Depok, September 3, 2013.
13. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2008). "Risksdas Indonesia Tahun 2007". Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
14. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2014). "Pokok-pokok Hasil Riskesdas Indonesia Tahun 2013". Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
15. Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2014). Laporan Riset Kesehatan Dasar – Status Biomedis Riskesdas 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
16. Anorital et.al. (2014). *Kajian Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia 2013*. Lembaga Penerbit Badan Llitbang Kesehatan. Jakarta.
17. Miro Jakoljevic and Ljerka Ostojic. (2013). Comorbidity and Multimorbidity in Medicine Today: Challenges and Opportunities for Bringing Separated Branches of Medicine Closer to Each Other. *Medicina Academica Mostariensia*, 2013; Vol. 1, No. 1, pp 18-28. Zagreb, Croatia.
18. Jose M. Valderas, et.al. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals Family Medicine*, July 1, 2009 Vol. 7, No. 4, pp. 357-363.
19. Belinda Afriyie Nimako, Frank Baiden, Samuel Oko Sackey, and Fred Binka. (2013). Multimorbidity of Chronic Diseases among Adult Patients Presenting to an Inner-City Clinic in Ghana. *Globalization and Health* 2013, 9:61. <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/61>.
20. Yeni Mahwati. Determinants of Multimorbidity among The Elderly Population in Indonesia. (2014). *Jurnal Kesehatan Masyarakat* Vol. 9 No. 2, November 2014.
21. Martin Fortin, et.al. (2005). Multimorbidity is Common to Family Practice. *Canada Family Physician*. February 10; 51(2): 245.
22. Filipe Prazeres and Luiz Santiago. (2015). Prevalence of Multimorbidity in the Adult Population Attending Primary Care in Portugal: A Cross-Sectional Study. *BMJ Open*. Volume 5, Issue 9. 2015.
23. Karen Barnett, et.al. (2012). Epidemiology of Multimorbidity and Implications for Health Care, Research, and Medical Education: A Cross-Sectional Study. *The Lancet*. Vol 380. No. 9836, p37-47, 7 July 2012.
24. Sandra H van Oostrom, et.al. Multimorbidity and Comorbidity in the Dutch Population – Data from General Practices. *BMC Public Health* 2012, 12:715. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/715>.
25. Pusat Data dan Informasi Kementarian

- Kesehatan. (2012). “Gambaran Penyakit Tidak Menular di Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2009 dan 2010”. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan. Semester II, 2012. Kementerian Kesehatan RI. h. 1—14.
26. Ekowati Rahajeng. (2012). “Upaya Pengendalian PTM di Indonesia”. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan. Semester II, 2012. Kementerian Kesehatan RI. h. 16-23.
  27. Agus Suwandono, et.al. (2014). “Analisis Situasi Kesehatan – Masukan Untuk RPJM Kesehatan Tahun 2015—2019”. Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan. Jakarta.
  28. Khadijah Azhar. (2015). “Perumahan dan Tuberkulosis pada Lansia” dalam Kesehatan Lanjut Usia (Lansia). Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan. Jakarta. h. 71-90.
  29. Anorital. (2015). “Penyakit Menular pada Lansia” dalam Kesehatan Lanjut Usia (Lansia). Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan. Jakarta. h. 29—55.
  30. Ning Sulistyowati, dkk (2012). Laporan Penelitian Pengembangan Model Pengendalian Masalah Kesehatan Berbasis Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian di 12 Kabupaten/Kota di Indonesia Tahun 2012. Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jakarta.
  31. Martijn Lappenschaar, Arjen Hommersom, and Peter JF Lucas. (2012). “Probabilistic Causal Models of Multimorbidity Concepts”. AMIA Annual Symposium Proceeding Archive. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540573>.
  32. Emma F France, et.al. (2012). “Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Prospective Cohort Studies”. British Journal of General Practice, Apr 2012, 62 (597).