

Deteksi Gangguan Psikogeriatrik di Tempat Praktik

JF Tri Arimanto Yuwana

Dep./SMF Ilmu Kedokteran Jiwa-Seksi Psikogeriatri dan Paliatif

RSU Dr Soetomo/Fak. Kedokteran Universitas Airlangga

e-mail: ari_yuwana@yahoo.com

Abstract. Advancement in medical knowledge, technology, and health resulting in the rise of elderly people everywhere, including Indonesia. Therefore, the rise of psychogeriatric problems are unavoidable. The problem is, diagnosis of psychiatric deviations in the elderly is usually difficult due to the different outlook, though same deviations in the adult population, resulting in underdiagnosis/misdiagnosis with less/inadequate management. Such conditions would trigger other problems/diseases or comorbidities resulting in decline in the life quality of these senior citizens. Awareness of the health officials towards these problems could enhance the quality of life of these elderly people in their near-end life.

Key words: elderly, psychogeriatric deviations, alertness of the health officials

Abstrak. Kemajuan di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan kesehatan membuahakan peningkatan jumlah populasi lanjut usia di mana-mana, termasuk di Indonesia. Karena itu peningkatan problema psikogeriatrik tidak dapat dihindari. Masalahnya, diagnosis gangguan psikiatrik pada lanjut usia sering kali sulit karena tampilan yang berbeda dengan gangguan yang sama pada usia dewasa, dan karena itu terjadi *under-diagnosis/mis-diagnosis* yang berakibat pada penatalaksanaan yang kurang/tidak memadai. Kondisi seperti ini selanjutnya akan mengakibatkan berbagai masalah/penyakit lain atau komorbiditas yang akan memperburuk kualitas hidup para warga senior ini. Kewaspadaan para petugas kesehatan terhadap problema ini akan dapat memperbaiki kualitas hidup para lanjut usia ini di penghujung usianya.

Kata kunci : lanjut usia, gangguan psikogeriatrik, kewaspadaan petugas kesehatan.

Kemajuan di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan kesehatan yang membuahakan peningkatan usia harapan hidup di negara kita, antara lain tampak pada peningkatan populasi lanjut usia yang cukup pesat. Namun, peningkatan usia harapan hidup tidak selalu dibarengi dengan kondisi kesehatan fisik dan mental yang baik. Banyak faktor yang memengaruhinya, seperti gaya hidup, pola nutrisi dan stresor psikososial yang semakin meningkat.

Adalah tugas para dokter dan paramedis untuk mendeteksi berbagai masalah kesehatan pada semua golongan umur, namun secara khusus perlu diperhatikan golongan usia di bawah lima tahun dan lanjut usia karena kelompok ini sangat rentan terhadap berbagai macam penyakit. Berbagai stresor

biopsikosial yang dihadapi kelompok lanjut usia antara lain seringnya dijumpai penyakit akut maupun khronis seperti penyakit degeneratif, tibanya waktu purna tugas atau kehilangan pekerjaan karena sakit, perubahan status sosial dan hilangnya jaringan pendukung sosial, berkurangnya teman-teman yang meninggal karena dimakan usia, berkurangnya mobilitas, dan problem finansial, sering kali membuat para lanjut usia menjadi semakin terisolasi.

Peningkatan usia harapan hidup tanpa disertai dengan kondisi kesehatan fisik dan mental yang prima hanya akan meningkatkan penderitaan pada para lanjut usia sendiri dan juga beban bagi keluarga dan masyarakat. Karena itu, pertambahan usia harapan hidup haruslah diisi dengan kehidupan yang berkualitas sesuai dengan semboyan "*add life to years, not only years to life.*" Pembahasan dalam makalah ini ditujukan untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap beberapa gangguan psikogeriatrik yang secara relatif akhir-akhir ini meningkat persentasenya

* Artikel ini telah dipresentasikan pada Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan Psikiatri pada 4 Agustus 2007 di Surabaya. Courtesy of Dr.Tri Arimanto Yuwana, Sp.KJ(K), PGD. Pall.Med. (ECU)

Gangguan Mental pada Lanjut Usia

Di Amerika Serikat, *National Institute of Mental Health's Epidemiologic Catchment Area (ECA)* menemukan bahwa gangguan yang sering dijumpai pada lanjut usia adalah gangguan suasana perasaan khususnya gangguan depresif, gangguan kognitif seperti delirium dan demensia, gangguan waham, gangguan cemas, fobia, gangguan somatoform, gangguan tidur, alkoholisme dan gangguan karena penggunaan zat lainnya. Kondisi demikian mempunyai risiko yang cukup tinggi akan terjadinya gejala psikiatrik yang “*drug-induced*” pada pemakaian obat-obatan untuk mengatasi kondisi fisiknya. Pada kelompok lanjut usia juga ditemukan risiko bunuh diri yang lebih besar. Diperkirakan 25% dari populasi lanjut usia menderita gangguan psikiatrik yang cukup serius.

Di Singapura (*Changi General Hospital*), prevalensi gangguan psikiatrik di antara penderita rawat jalan diperkirakan berkisar antara 15-50% sedangkan dalam *setting* rawat inap angkanya berkisar antara 15-60%. Gangguan yang sering dijumpai ialah gangguan depresif, demensia, delirium, gangguan paranoid, gangguan cemas, gangguan penyesuaian dan gangguan kepribadian. Walaupun gangguan mental pada kelompok lanjut usia prevalensinya cukup tinggi namun sering kali laporrannya kurang akurat karena sering terjadi “*under-diagnosis*” atau terjadi kesalahan diagnosis sehingga mengakibatkan morbiditas dan mortalitas pada kelompok lanjut usia cukup tinggi.

Diagnosis dan pengobatan gangguan psikiatrik sering cukup rumit karena pada kelompok lanjut usia sering didapatkan gangguan medis khronis yang multipel, adanya disabilitas, adanya gangguan kognitif dan pada umumnya penderita sudah mendapatkan berbagai macam obat-obatan. Berikut akan disampaikan beberapa gangguan psikiatrik yang sering dijumpai pada kelompok lanjut usia di tempat praktik.

Gangguan Suasana Perasaan (Mood Disorder)

Gangguan suasana perasaan pada lanjut usia dapat dibagi menjadi 2 macam yaitu gangguan depresif dan gangguan bipolar (Baldwin, Chiu, Katona, & Graham, 2002). Gangguan depresif pada

lanjut usia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup penting. Gangguan ini sering kali tidak terdiagnosis dengan baik karena tampilan yang berbeda dengan depresi pada umumnya. Untuk diagnosis pasti perlu ditemukan 2-3 gejala utama yaitu suasana perasaan (*mood*) yang depresif, kehilangan minat dan kegembiraan serta berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (*trias depresi*), ditambah beberapa gejala lain seperti berkurangnya konsentrasi dan perhatian, percaya diri yang kurang, perasaan tidak berguna, pesimistis, gangguan tidur, nafsu makan yang berkurang dan sering kali juga disertai keinginan untuk mati/bunuh diri.

Pada kelompok lanjut usia, *trias depresi* sering kali kurang jelas, sebaliknya penderita lebih banyak mengeluhkan gejala-gejala somatik sehingga sering kali didiagnosis sebagai penyakit fisik/badaniah tanpa memperhatikan faktor psikologisnya atau bahkan sering dianggap sebagai tanda-tanda penuaan biasa. Keadaan seperti ini mengakibatkan “*under-diagnosis*” dan “*mis-diagnosis*” yang selanjutnya berakibat terjadinya “*under-treatment*” dan berakibat makin menurunnya kondisi umum penderita, sehingga penderita menjadi beban keluarga dan sering mencari bantuan dari pusat layanan kesehatan. Ditengarai bahwa lebih dari 70% kelompok lanjut usia yang berobat ke dokter umum adalah warga senior dengan gangguan depresi ini. Masalah lain juga perlu mendapatkan perhatian seperti dalam penatalaksanaannya yaitu obat-obatan yang dapat diberikan serta masalah psikososial yang sering kali juga berperan dalam timbulnya gangguan ini.

Karena itu, pemeriksaan yang cermat pada penderita lanjut usia sangat penting, termasuk riwayat gangguan depresif di masa yang lalu dan riwayat keluarga, terutama bila dijumpai tanda-tanda sebagai berikut. (a) Penderita tampak depresif tetapi menyangkal kalau dia merasa sedih/murung; (b) sulit mengekspresikan perasaan atau emosinya; (c) penderita mengeluh mengalami kecemasan atau penderitaan akibat menurunnya daya ingat, bukan karena depresinya; (d) kecemasan sering menyertai depresi dan adakalanya cukup mencolok sehingga menutupi gejala depresinya. Waspada juga kemungkinan suatu komorbiditas; (e) keluhan yang berlebihan tentang kondisi kesehatannya atau gejala-gejala fisiknya; (f) khawatir yang berlebihan

tentang kesehatannya; (g) keluhan nyeri yang meningkat; (h) penarikan diri dan keengganan untuk aktivitas sosial (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1993).

Ditemukan hubungan timbal balik yang kompleks antara depresi dan penyakit badaniah, misalnya dengan stroke, gagal jantung, kanker, diabetes, dan dapat memperburuk keadaan infark miokard. Perlu diingat pula bahwa faktor kultural ikut mewarnai tampilan penderita; dikatakan penderita dari Asia Tenggara jarang menunjukkan suasana perasaan yang depresif dan lebih banyak mengeluhkan gejala-gejala fisik. Untuk penyaringan dapat dipergunakan 2 instrumen yaitu *Geriatric Depression Scale* (GDS) dan *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D). Kedua instrumen ini cukup peka untuk menyaring depresi pada lanjut usia (Forester, Pratt, Bartels, & Muesser, 2005).

Selain sebagai penyakit tersendiri, depresi dapat merupakan bagian/terkait dengan penyakit lain, sebagai komorbiditas atau sebagai akibat samping dari pengobatan penyakit lain. Beberapa bentuk gangguan depresif yang mungkin timbul pada usia lanjut antara lain (a) depresi mayor, (b) depresi onset dini dan onset lambat, (c) depresi dengan demensia yang reversibel, (d) depresi vaskuler, (e) depresi pasca-stroke, (f) depresi dengan gejala psikosis, (g) depresi non-mayor/depresi minor, (h) depresi pada masa berkabung (*bereavement*), (i) depresi pada pelaku rawat (*caregivers*), (j) depresi yang terjadi bersamaan dengan gangguan medis lain (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1993).

Pada lanjut usia, gangguan bipolar juga sering kali sulit didiagnosis karena menunjukkan gejala neuropsikiatrik yang sangat kompleks dan adanya sindroma-sindroma lain yang berbaur sehingga mengacaukan gambaran klinisnya. Adanya riwayat gangguan bipolar di masa yang lalu akan sangat membantu dalam penegakan diagnosis karena gangguan bipolar relatif jarang terjadi pertama kali pada usia lanjut.

Episode manik atau gejala manik pada orang tua perlu dibedakan dari demensia awal karena sering kali memberikan gejala yang hampir sama, seperti emosi yang labil, suasana perasaan yang iritabel, gangguan tidur dan penilaian sosial yang terganggu sedangkan bila dijumpai gejala-gejala kebingungan, fluktuasi kesadaran dan disfungsi otonomik maka

perlu dipikirkan adanya delirium.

Berikut beberapa patokan yang diajukan oleh Forester, Pratt, Bartels dan Muesser (2005) yang perlu dipertimbangkan dalam menegakkan diagnosis bila dijumpai campuran gejala mania dan gejala-gejala kognitif: (a) penurunan fungsi kognitif yang cepat/mendadak pada penderita demensia yang disertai dengan fluktuasi *mood*, energi dan pola tidur mungkin merupakan onset awal dari episode manik, (b) campuran gejala-gejala mania dan depresi sering dijumpai pada gangguan mania pada kelompok lanjut usia, (c) gejala neurologik fokal seperti afasia, apraxia atau fungsi visuospasial yang terganggu secara khas lebih berhubungan dengan demensia daripada dengan gangguan manik, (d) agitasi di malam hari dan kebingungan (seperti gejala *sundowning*) secara khas lebih berhubungan dengan demensia atau delirium daripada dengan mania, (e) riwayat keluarga dengan gangguan bipolar yang negatif perlu diragukan, karena kurangnya kepekaan diagnosis/ klinisnya diwaktu yang lalu.

Kebingungan pada Lanjut Usia

Pada keadaan ini dijumpai gangguan fungsi kognitif, antara lain gangguan daya ingat, orientasi dan kemampuan berbahasa. Juga ditemukan gangguan persepsi dan bisa disertai dengan atau tanpa adanya gangguan kesadaran. Kebingungan dapat terjadi secara akut seperti pada delirium, *acute confusional state* atau khronik seperti pada demensia, dan juga dapat dijumpai kondisi delirium yang bertumpang-tindih dengan demensia.

Delirium adalah suatu sindroma neuropsikiatrik yang kompleks yang ditandai dengan gangguan fungsi kognitif yang menyeluruh (global), dan ditemukan juga gejala-gejala non-kognitif lain seperti gangguan psikomotor, gangguan afektif/suasana perasaan, gejala psikosis, gangguan pola tidur dan gangguan berbahasa. Indikator diagnostik yang terpenting untuk diferensial diagnosis terhadap demensia, yang sulit dibedakan dari delirium, adalah gangguan perhatian (*attention*) yang dapat diuji dengan menggunakan *digit span backwards* dan *digit cancellation test* (Jacoby & Oppenheimer, 2002).

Daftar berikut menunjukkan beberapa gejala pada delirium dengan frekwensinya masing-masing:

Gangguan kognitif (100%). Ini berupa (a) gangguan perhatian, (b) disorientasi, (c) gangguan memori (jangka pendek & panjang, verbal, visual), (d) kemampuan visuokonstruksional, (e) fungsi eksekutif.

Gangguan psikomotor (38-96%). Ini berupa (a) hiperaktifitas, (b) hipoaktifitas, (c) campuran keduanya.

Gangguan pola tidur (siklus tidur-terjaga)(25-96%). Ini berupa (a) tidak bisa tidur, (b) pola tidur yang terbalik, (c) tidur yang terfragmentasi.

Gejala psikosis (17-68%). Ini berupa (a) gangguan persepsi (halusinasi dan ilusi), (b) waham, (c) gangguan pikiran (tangensial, asosiasi longgar), (d) gangguan afektif/suasana perasaan (43-63%), berupa: *mood* yang abnormal, *mood* yang labil, afek yang tidak serasi, dan kemarahan/iritabilitas

Gangguan berbahasa (41-93%). Ini berupa (a) kesukaran mencari kata yang tepat, (b) disgrafia, (c) perubahan *semantic content*

Gejala-gejala ini biasanya akut, berfluktuasi dan memburuk pada senja/malam hari. Karena itu observasi penderita selama 24 jam sehari adalah penting walaupun penderita tampak normal di pagi harinya (interval *lucid*). Yang lebih penting lagi ialah perlunya kita meningkatkan pemahaman dan pengobatan terhadap delirium ini, karena beberapa studi akhir-akhir ini mengindikasikan peningkatan yang substansial dari morbiditas dan mortalitas yang secara relatif tidak terkait (independen) dengan penyakit fisik yang mendasarinya. Hal ini memberi kesan bahwa konsep yang secara tradisional kita terima selama ini, bahwa delirium adalah gangguan yang sementara sifatnya dan reversibel, sekarang sudah tidak tepat lagi.

Faktor-faktor yang potensial dapat berperan dalam terjadinya gangguan ini dapat disingkat dalam mnemonik DETECTION sebagai berikut.

Drug-related (baik yang diresepkan atau tanpa resep, intoksikasi/lepas obat), ***Endocrine: metabolic, Traumatic, Epilepsy, Cerebrovascular/cardiovascular, Tumor, Infection, Organ failure, Not otherwise specified***: keracunan logam berat/ insektisida, ***heatstroke, radiation injury***

Demensia adalah sindroma akibat penurunan fungsi kognitif yang sebelumnya sudah berkembang normal, baik yang terjadi secara perlahan-lahan atau sub-akut, dan menyebabkan gangguan dalam fungsi sehari-hari serta ketergantungan pada orang lain.

Hal ini terjadi karena adanya defisit pada fungsi kognitif dan perilakunya. Di Amerika, demensia dikatakan merupakan penyebab disabilitas kedua yang paling sering sesudah arthritis, pada lanjut usia di atas 65 tahun. Demensia dapat dibagi menjadi demensia yang non-degeneratif—seperti pada demensia vaskuler, hidrosefalus, infeksi, tumor, pasca trauma, metabolik dan ensefalopati toksik, dan demensia yang degeneratif—seperti pada penyakit Alzheimer dan demensia fronto-temporal. Penyebab demensia yang paling sering pada warga senior ini di negara Barat adalah penyakit Alzheimer (AD), namun di Asia Tenggara demensia vaskuler juga menempati peringkat atas (V. A. Sadock & B. J. Sadock, 2007).

Gangguan memori pada AD terutama pada memori yang baru (*recent memory*) yaitu penderita sering mengulang-ulang pembicaraannya, berulang-ulang menanyakan hal yang sama dan lupa hal-hal yang baru dibicarakannya. Gejala-gejala ini timbul secara perlahan-lahan sehingga sering kali tidak disadari atau dianggap sebagai tanda-tanda depresi atau proses penuaan yang biasa/normal. Penderita sendiri juga kurang memedulikan gejala yang timbul dan bahkan menyangkal atau mengecilkan arti dari gejala yang dialaminya.

Setelah timbul berbagai gejala seperti ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan sehari-hari di rumah, barulah keluarga menyadari gangguan ini dan mencari pertolongan. Gejala lain yang juga sering kali menjadi perhatian sebelum mencari pengobatan adalah gejala neuropsikiatrik seperti disorientasi, kesukaran mengingat nama atau kata yang tepat, gangguan visuospatial, gangguan fungsi eksekutif serta perubahan perilaku dan afeksinya, jadi bukan karena gangguan memorinya (V. A. Sadock & B. J. Sadock, 2007).

AD ditandai dengan penurunan yang perlahan-lahan dari memori, kemampuan berbahasa, kemampuan visuospasial, kepribadian dan fungsi kognitif. Sering kali gejala pertama yang tampak adalah hilangnya kemampuan untuk mempelajari hal-hal yang baru—amnesia. Gejala neuropsikiatrik seperti perubahan kepribadian yang minimal (*subtle*) sering merupakan gejala awal yang tidak kentara. Selain itu juga dapat ditemukan gejala-gejala kelemahan, egosentrisitas, impulsivitas, iritabilitas dan penderita tampak acuh tak acuh. Berdasarkan keparahan gejala-gejala yang tampak, AD dapat dibagi menjadi AD yang ringan, sedang dan berat.

Beberapa kondisi yang terkait dengan peningkatan faktor risiko terjadinya AD, antara lain: usia, riwayat demensia dalam keluarga, tingkat pendidikan yang rendah, penyakit kardiovaskuler, trauma kepala, *Down's syndrome*.

Sebaliknya, beberapa kondisi berikut dipercaya dapat berfungsi sebagai faktor protektif, misalnya: faktor genetik, tingkat pendidikan yang lebih tinggi, terapi sulih hormon estrogen, penggunaan obat anti inflamasi non-steroidal, penggunaan obat anti hiperlipidemik golongan statin, olahraga, aktivitas untuk stimulasi fungsi kognitif

Gangguan Waham

Gangguan waham pada lanjut usia ditandai dengan adanya waham yang *non-bizarre* atau waham yang *circumscribe*, jarang terdapat halusinasi dan fungsi psikososialnya relatif masih baik. Waham dikatakan *non-bizarre*, bila ia dapat dibayangkan terjadi dalam kehidupan sehari-hari seperti diracuni orang, dikhianati atau dicurangi secara diam-diam. Kriteria diagnostiknya sama dengan gangguan waham menetap namun pada lanjut usia biasanya gejalanya lebih ringan. Wahamnya dapat berupa waham penyiksaan (paling sering), terkena infeksi, waham cinta atau ketidaksetiaan/kecemburuan. Bila ditemukan halusinasi pendengaran atau penglihatan, biasanya tidak menonjol. Halusinasi penciuman dan perabaan juga dapat terjadi dan biasanya berhubungan dengan tema wahamnya. Prognosisnya memburuk bila penderita tidak menikah, mengalami isolasi sosial, penyakit yang berkepanjangan, riwayat pengobatan psikiatrik di waktu yang lalu dan adanya riwayat gangguan perilaku di masa kanak-kanaknya (Forester, Pratt, Bartels, & Muesser, 2005).

Gangguan Cemas

Gejala kecemasan pada warga senior mempunyai dampak yang dramatis dan merasuki hampir seluruh kehidupannya. Mereka lebih banyak melaporkan aktivitasnya yang terbatas karena kesehatannya, terutama aktivitas fisiknya, dibandingkan dengan sesama lanjut usia yang tidak mengalami kece- masan. Mereka juga lebih sering merasa kesepian,

tidak puas dengan kehidupannya selama ini, lebih banyak menghabiskan waktunya di tempat tidur dan merasa kesehatannya kurang baik. Asesmen dapat dilakukan dengan menggunakan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS).

Bebagai survei melaporkan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang meningkat oleh warga senior dengan kecemasan, namun mereka jarang ditangani oleh dokter spesialis, dengan akibat mereka sering kali merasa kurang puas dengan pelayanan yang diterimanya. Untuk mengatasi keluhannya, sebahagian besar menerima obat golongan benzodiazepine, yang justru dapat memperburuk fungsi kognitifnya dan juga mengakibatkan penderita jatuh karena gangguan keseimbangan.

Gangguan cemas yang sering dijumpai pada kelompok lanjut usia, antara lain: gangguan cemas menyeluruh, gangguan fobik, gangguan panik, gangguan obsesi-kompulsi, gangguan stress pasca trauma, campuran gangguan cemas dan depresi, komorbiditas gangguan cemas dan demensia

Evaluasi klinis pada gangguan cemas harus dilengkapi dengan riwayat gejala-gejala yang ditemukan saat ini, bagaimana karakteristik gejala pada gangguan-gangguan sebelumnya, dan riwayat pemakaian obat-obatan baik yang diperoleh dengan resep dokter, maupun obat bebas seperti analgesik, obat anti flu, obat antikolinergik, vitamin/suplemen atau preparat herbal. Perlu ditelusuri pula riwayat penggunaan alkohol dan zat psikoaktif lainnya, di samping riwayat penyakit/gangguan di masa yang lalu. Pada pemeriksaan dapat dijumpai gejala perilaku seperti hiperkinesia, mudah terkejut, dan gejala-gejala faali seperti gemetar, keringat dingin, nadi yang meningkat, pernapasan yang cepat disertai gejala kekhawatiran, keprihatinan antisipatorik, ketakutan dan distraktibilitas.

Gangguan Penyesuaian

Gangguan penyesuaian adalah suatu respons maladaptif sementara terhadap stres kehidupan yang mengakibatkan kondisi *distress* yang bermakna atau hendaya dalam fungsi sosial dan/atau pekerjaan (Agronin & Maletta, 2006). Prevalensi gangguan ini di masyarakat diperkirakan sebesar 2 - 8 % dan populasi lanjut usia merupakan segmen yang *vulnerable* terhadap gangguan ini karena berbagai

stresor yang mereka hadapi dalam kehidupan sehari-hari seperti problema medis—misalnya kanker, diabetes dan rawat inap yang berkepanjangan—problema psikososial, dan finansial.

Gambaran klinisnya dapat berupa bermacam-macam gejala emosional atau perilaku seperti perilaku *acting-out*, kecemasan, depresi, perilaku destruktif, rasa ketakutan, iritabilitas, kelalaian dalam peran atau aktivitas, kesembronan

Didapatkan 6 tipe gangguan penyesuaian menurut DSM-IV-TR yaitu: dengan suasana perasaan depresif, dengan kecemasan, dengan campuran kecemasan dan *mood* depresif, dengan gangguan perilaku, dengan campuran gangguan emosi dan perilaku, yang tidak tergolongkan.

Diagnosis gangguan ini pada lanjut usia sering kali sulit karena warga senior ini pada umumnya telah memiliki keterampilan yang cukup baik dalam mekanisme *coping*, dan memiliki respons/kelenturan yang baik terhadap berbagai stres yang dialaminya, walaupun sebagian lagi mungkin mengalami keadaan *distress* dan penurunan fungsi hanya karena stres yang minor. Karena itu, untuk membuat diagnosis yang tepat perlu ditelusuri bagaimana respons penderita diwaktu yang lalu dengan mengidentifikasi gejala emosional dan perilakunya. Penting pula dievaluasi adanya hendaya kognitif yang mungkin berhubungan dengan kondisi saat ini atau sudah ada sebelumnya. Pelajari pula gejala-gejala penyerta lainnya seperti gangguan tidur (*nocturnal myoclonus* dan *sleep apnea*), adanya penyalah-gunaan zat, adanya penelantaran atau *elder abuse*, dan suasana berkabung (*grief and bereavement*).

Gangguan Nyeri pada Lanjut Usia

Nyeri khronis sering kali dijumpai pada kelompok lanjut usia, namun sering kali diabaikan, tidak terdiagnosis atau salah didiagnosis sehingga terjadi *under-treatment* atau walaupun mendapatkan terapi namun tidak dimonitor dengan baik untuk mengatasi efek samping analgesiknya. Diperkirakan prevalensi nyeri khronik sebesar 50-85 % di antara penghuni panti di Amerika Serikat dan ditemukan lebih banyak pada kaum perempuan. Chibnall dan Tait (1994) menyatakan bahwa nyeri merupakan masalah kesehatan yang serius pada kelompok

lanjut usia namun tidak mendapatkan pengobatan yang adekuat baik pada mereka yang tinggal di panti atau di masyarakat.

Nyeri khronis biasanya berhubungan secara bermakna dengan berbagai komorbiditas seperti gangguan tidur, kelelahan (*fatigue*), penyalah-gunaan zat, penurunan nafsu makan, keterbatasan dalam fungsi harian, gangguan *gait*, penelantaran diri, pemanfaatan layanan kesehatan yang menurun, dan kualitas hidup yang menurun.

Berbagai gangguan psikiatrik dapat berhubungan dengan nyeri khronik atau dapat memperberat gejala nyeri, seperti gangguan suasana perasaan (*mood*) dan yang paling sering ialah depresi dan distimia, gangguan stres pasca-trauma, gangguan cemas dan gangguan panik, gangguan somatisasi, gangguan somatoform dengan nyeri persisten, gangguan hipokondrik, gangguan kepribadian serta gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.

Gangguan nyeri khronik pada lanjut usia ditandai oleh nyeri sebagai gejala utama atau fokus predomnan yang dikeluhkan penderita. Berbeda dengan penderita pada umumnya, keluhan nyeri pada lanjut usia mengakibatkan kekacauan yang bermakna, hendaya dan keadaan *distress*, dan adanya faktor psikologis yang secara bermakna ikut berperan dalam onset, keparahan, kekambuhan atau keluhan nyeri yang berkepanjangan. DSM-IV-TR membagi gangguan nyeri ini menjadi 3 subtipe yaitu: (a) gangguan nyeri yang terkait dengan faktor psikologik, (b) gangguan nyeri yang terkait baik dengan faktor psikologik maupun kondisi medik umum, dan (c) gangguan nyeri yang terkait dengan kondisi medik umum (dicantumkan pada axis III).

Pustaka Acuan

- Agronin, M. E., Maletta, G. J. (2006) *Principles and practice of geriatric psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Baldwin, R. C., Chiu, E., Katona, C., & Graham, N. (2002). *Guidelines on depression in older people*. London: Martin Dunitz Ltd.
- Chibnall, J. T., & Tait, R. C. (1994). Observer perceptions of low back pain: Effect of pain report and other contextual factors. *J. Appl. Soc. Psychol.*, 25, 418 – 439.

- Coffey, C. E., Cummings, J. L.(Eds.)(2000). Textbook of geriatric neuropsychiatry (2nd ed.). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia.(1993) *Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III*. Jakarta: Penulis.
- Forester, B. P., Pratt, S. I., Bartels, S. J., & Muesser, K. T. (2005). *Health status and preventive health care in older adults with schizophrenia – spectrum and affective disorder*. Paper presented at the American Association for Geriatric Psychiatry 2006 Annual Meeting in San Juan, P. R., March 10-13.
- Jacoby, R. & Oppenheimer, C. (Eds.)(2002). *Psychiatry in the elderly* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*, (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.