

Peran Psikogeriatri dan Perawatan Paliatif dalam Upaya Meningkatkan Kesehatan Para Lanjut Usia

Marlina Setiawati Mahajudin

Bagian/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSU Dr. Soetomo, Surabaya

Abstract. One of the elderly needs is to live a meaningful life. Until nowadays, elderly people still have respected positions in the community. Unfortunately, this view is declining, especially in the cities. This reduction in public involvement could cause health problems, such as dementia and depression. The government has enhanced the welfare of the elders through various palliative treatments such as cultural and spiritual support, which should be beneficial once it is really implemented.

Key words: elder people, health problems, cultural and spiritual support

Abstrak. Salah satu kebutuhan para lanjut usia (lansia) adalah memiliki hidup yang berarti. Sampai saat ini para lanjut usia masih mendapat kedudukan yang terhormat di masyarakat. Namun, pandangan ini mulai pudar khususnya di kota-kota besar. Pengurangan peran ini dapat menimbulkan masalah kesehatan seperti demensia dan depresi. Pemerintah telah berupaya meningkatkan kesejahteraan para lansia melalui berbagai perawatan paliatif seperti pemberian dukungan kultural dan spiritual. Hal ini akan amat bermanfaat bagi para lansia apabila program tersebut benar-benar diterapkan.

Kata kunci: lanjut usia, masalah kesehatan, dukungan budaya dan spiritual

If you cry because the sun has gone out of your life,
your tears will prevent you from seeing the stars.
Anonymous

In life, try not to become a person of success but
rather a person of value
Albert Einstein

Iman tanpa ilmu sama dengan pelita di tangan bayi, sedangkan
ilmu tanpa iman bagaikan pelita di tangan pencuri
HAMKA

Psikogeriatri adalah cabang (subspesialisasi) Ilmu Kedokteran Jiwa (Psikiatri) yang mempelajari dan mendalami semua aspek yang berkaitan dengan proses penuaan sampai dengan terjadinya gangguan jiwa pada lanjut usia beserta penatalaksanaannya (Jacoby, & Oppenheimer, 2002). Perawatan paliatif adalah perawatan paripurna yang bertujuan memberi kualitas hidup bagi penderita yang tidak memungkinkan menjalani terapi kuratif lagi sampai akhir

hayatnya, sehingga penderita dapat meninggal dunia secara bermartabat, dan keluarganya dapat menjalani fase duka cita dengan baik dan tetap sejahtera sepeninggal penderita.

Lissy Jarvik (Sadavoy, Jarvik, & Meyers, 2004). seorang Guru Besar di *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences University of California* menceritakan riwayat perkembangan *Psychogeriatrics* atau juga dikenal sebagai *Geriatic Psychiatry-Psychiatry for the old age*. Ia mengatakan bahwa 17 tahun yang lalu hanya ada 258 halaman karya ilmiah yang mengulas "Essentials of Geriatric Psychiatry," itu pun berasal dari cuplikan 43 bab dan 3 appendices yang salah satunya adalah review dari neuroanatomii. Tetapi, belum sampai 2 dekade psi-

Artikel ini telah disampaikan pada Pengukuhan Jabatan Guru Besar dalam Bidang Ilmu Kedokteran Jiwa pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga di Surabaya pada 27 Oktober 2007. Courtesy of Prof. Marlina S. Mahajudin, dr., Sp.KJ(K), PGD Pall. Med. (ECU), Jalan Majen Dr. Moestopo 6-8, Surabaya.

kogeretri ini telah berkembang pesat menjadi disiplin ilmu yang *solid* yang memuat masalah klinis dan sains.

Di Indonesia, di era 70-an abad lalu para lanjut usia masih menyandang gelar 8B, sebab selalu dikaitkan dengan kondisi *Botak, Bingungan, Blereng, Budek, Bawel/Bisu, Bungkuk, Buyuten, Beseran*. Bilamana sakit parah dan meninggal dunia, maka pemeo *sudah semestinya mati karena tua* merupakan simfoni dari 8B tadi. Ironis memang, sehingga para lanjut usia di saat itu menamakan diri dan kelompoknya dengan "laskar tak berguna."

Tahun 2005 jumlah populasi lanjut usia (di atas 65 tahun) di seluruh dunia adalah 7.4% tetapi pada tahun 2030 diramalkan akan mencapai 11.8%. Jumlah lanjut usia di Asia tahun 2005 adalah 6.4% dan akan berkembang dengan pesatnya sehingga diramalkan tahun 2030 akan mencapai 11.7%. Usia harapan hidup di Asia untuk tahun 2005 sampai 2010 adalah 68.8 tahun, sedangkan menurut ramalan antara tahun 2030 sampai 2035 menjadi 74.6 tahun. Dari BPS-LD FEUI tentang perbandingan kependudukan tahun 2005, penduduk balita berjumlah 9.5% sedangkan penduduk lansia 8.2%. Tetapi ramalan mereka untuk tahun 2020 penduduk balita akan hanya berjumlah 6.9% sedangkan jumlah penduduk lansia berjumlah 11.4% (Yuwana, 2007).

Jadi bila tahun 2020 populasi lansia menjadi lebih banyak daripada populasi usia subur, dan bila kebanyakan dari mereka menyandang gelar 8B tadi, alangkah beratnya beban para kepala keluarga, si pencari nafkah! Lebih malang lagi nasib negeri ini karena prediksi para pakar kedokteran jiwa tahun 2020 gangguan depresi menjadi salah satu urutan teratas gangguan psikiatrik.

Terbayangkah bila banyak di antara usia subur, si pencari nafkah, dilanda depresi harus *mensupport* populasi lansia yang jumlahnya lebih banyak yang dilanda 8B juga dengan depresi? Karena itu negara ini harus bergegas, pendekatan tim harus diwujudkan untuk mencapai Indonesia sehat tahun 2020 tidak cuma raga tetapi juga jiwa. Masalah lanjut usia bukan milik dari satu disiplin ilmu tetapi milik semua ilmu dan juga milik masyarakat luas. Psikogeretri adalah cabang dari Ilmu Kedokteran Jiwa yang mengupas tuntas masalah gangguan jiwa pada lanjut usia (60 tahun ke atas). Dengan pendekatan manusia seutuhnya, manusia sebagai makhluk biopsikososiokulturospiritual.

Proses penuaan sebetulnya sudah mulai sejak

usia 35 tahun. Selanjutnya warga senior ini sering dikaitkan dengan kebijaksanaan (*wisdom*). Tetapi, kalangan awam sering secara sarkastik mengatakan banyak orang lanjut usia yang pandai, tetapi hanya sedikit yang bijaksana. Kebijaksanaan bukanlah datang dengan sendirinya, juga tidak dapat diajarkan. Itu adalah sebuah proses dari campuran beberapa faktor yaitu usia, pengetahuan, pengendalian emosi, pengalaman hidup dan fungsi otak. Integrasi dari faktor-faktor itu menyebabkan tercapainya tilikan diri yang tinggi yakni dapat diaplikasikan pada semua kondisi dan situasi. Gangguan dari salah satu faktor pendukung akan menimbulkan ketidak-bijaksanaan. Oleh karena itu acapkali perubahan ke-pribadian pada lanjut usia dapat dipakai sebagai petanda dari adanya perubahan fungsi kognitif.

Gangguan jiwa memiliki spektrum yang sangat luas, diawali dengan masalah penyesuaian diri, gangguan mental organik yang di antaranya adalah demensia, lebih dikenal di kalangan awam sebagai pikun. Agronin dan Maletta (2006), menyatakan tidak ada hal lain dalam bidang kesehatan mental, ketika terjadi integrasi yang begitu kuatnya antara gangguan psikiatrik dan gangguan fisik seperti yang didapatkan pada populasi lanjut usia.

Penyakit fisik pada lanjut usia dapat dicetuskan oleh gangguan psikologis dan juga sebaliknya, karena itu komorbiditas harus segera dicermati. Bahkan kedua pakar itu juga mengingatkan, walaupun telah dilakukan pemberian psikofarmaka yang tujuannya meredam gangguan psikiatrik, acapkali gangguan kesehatan fisik sebagai komorbid berjalan terus. Hubungan *mind-body* ini seakan tidak terpisahkan karena itu pendekatan tim lebih baik dilakukan untuk mengatasi gangguan kesehatan para lanjut usia. Dalam keeratan ini juga kondisi gangguan psikologis yang berkepanjangan dapat menimbulkan gangguan kekebalan tubuh.

Gangguan psikiatrik yang banyak didapat pada lanjut usia adalah gangguan depresi dan demensia. Adanya mitos bahwa para lanjut usia adalah identik dengan sakit maka bila tidak mengganggu lingkungan si kakek dan nenek jarang dibawa ke dokter/rumah sakit. Akibatnya angka kejadian, angka sakit kurang menunjukkan hal yang sebenarnya. *Under-recording* ini sangat merugikan karena akan menyangkut kualitas layanan kesehatan bagi para lansia sendiri. Gangguan lain yang juga sering ditemukan pada lanjut usia adalah gangguan tidur, gang-

guan perilaku, dan psikosis (kehilangan kemampuan menilai realita dengan baik). Karena proses penuaan nyata berdampak pada usia madya maka sering pakar psikogeriatri melayani mereka yang terganggu kesehatannya pada usia ini. Sebutulnya banyak sindroma gangguan di bidang psikogeriatri yang populer di masyarakat seperti puber kedua (*midlife crisis* atau mungkin *frontal lobe syndrome*) (Brower & Price, 2001), sindroma sangkar kosong (*empty nest syndrome* akibat menopause), *andropause* dan sebagainya yang pada dasarnya erat kaitannya dengan proses penuaan yang tidak lain adalah bagian dari rawatan psikogeriatri.

Beberapa bentuk layanan psikogeriatri tidak dijalankan di rumah sakit tetapi justru di komunitas/masyarakat, sebagai contoh program alih kerja dan pemeriksaan kesehatan mental calon pejabat publik. Di luar negeri bahkan ada program *daycare* (layanan satu hari penuh) yang diselenggarakan oleh masyarakat awam dengan supervisi tim psikogeriatri terdekat. Program *Respite* adalah bentuk layanan psikogeriatri yaitu si kakek atau nenek dititipkan di rumah sakit, mendapat rawatan penuh sebagaimana layaknya bilamana si pengasuh (*caregiver*) berhalangan menjaganya atau membutuhkan waktu untuk melaksanakan kebutuhannya.

Alih kerja adalah salah satu program dari psikogeriatri ketika calon purna bhakti atau pensiunan dapat menjalani transisi dari biasa bekerja-berkarya di satu bidang di tempat kerjanya, yang digelutinya bertahun-tahun dan sekarang lepas-bebas tanpa harus mengalami guncangan hidup yang besar. Dengan demikian sindroma purna bhakti atau *post power syndrome* yang tidak lain adalah gangguan jiwa akibat gangguan penyesuaian diri, dapat dihindari.

Karena adanya gangguan daya ingat jangka pendek maupun jangka sedang, maka acapkali si lanjut usia sukar belajar hal-hal baru; diperlukan waktu pelatihan agar dapat memasukkan pelajaran barunya. Dalam program alih kerja, penderita dituntun untuk menganalisis diri untuk melihat dengan nyata modal-modal diri yang masih tersisa, dan menganalisis apakah keluarga setuju dan tetap *supportif* pada keputusan yang dibuatnya. Pada umumnya pelatihan serupa ini sudah harus diawali 5 tahun sebelum pensiun.

Aspek medikolegal menjadi sorotan tajam akhir-akhir ini. Untuk itu tugas pendampingan dari para psikiater yang bekerja di unit psikogeriatri tidaklah

mudah. Orang sering mengaitkan penganiayaan atau penelantaran para lanjut usia hanya dari segi fisik seperti dikurung, tidak diberi makan ataupun dipukul, tetapi penelantaran dan penganiayaan yang paling berat biasanya datang dari sudut psikologis (*psychological abuse*). Berapa lanjut usia dipaksa menandatangani surat legal yang merugikan dirinya misalnya dalam perebutan harta, dan sebaliknya beberapa keponakan atau relasi jauh tiba-tiba menjadi baik hati untuk mengampu si kakek yang kaya raya yang selama ini tidak pernah dijenguknya.

Depresi pada lanjut usia acapkali menyebabkan gangguan sistem kekebalan yang dapat diterangkan melalui berbagai teori neuropsikoimunologi. Beberapa pakar ilmu Kedokteran Jiwa telah membuktikan bahwa depresi berkepanjangan pada kelompok ini erat kaitannya dengan timbulnya keganasan bahkan akhir-akhir ini dibuktikan pula mempercepat proses degenerasi yang salah satunya berakhiran dengan gangguan demensia (pikun). Depresi pada lanjut usia acapkali tidak terdeteksi oleh para dokter apalagi tercatat dalam rekam medik. Rata-rata 60-70% lanjut usia yang mengunjungi praktik dokter umum adalah mereka dengan depresi. Para lanjut usia lebih banyak memfokuskan pada keluhan batiniah yang sebetulnya adalah penyerta dari gangguan emosinya.

Depresi pada usia madya (40-60 tahun) sering menyebabkan gangguan daya ingat yang disebut sebagai pseudodementia. Gangguan daya ingat ini berfluktuasi dengan gangguan moodnya. Tetapi, belakangan ini pseudodementia pada usia madya ini ditengarai sebagai awal gangguan demensia Alzheimer. Karena itu, pada pemeriksaan kesehatan para calon pejabat publik diharapkan hasil pemeriksaan daya ingat harus dicermati khususnya untuk membedakan gangguan mengingat kembali (*recall*) dan mengenali kembali (*recognition*) (Mahajudin, 2007). Pakar dari *neurobehavior* menengarai kalau depresi berkepanjangan pada usia madya disertai pelupa yang sukar mengenali kembali walaupun dengan alat bantu maka kemungkinan besar orang tersebut akan mengidap demensia Alzheimer. Langkah sayangnya kalau pejabat publik tidak melalui pemeriksaan yang cermat, selama melaksanakan tugas kewajibannya mengalami gangguan dalam daya ingatannya.

Merawat penderita depresi pada lanjut usia harus sangat berhati-hati. Selain bentuk klinik yang agak

berbeda dengan depresi pada dewasa muda, maka kausa depresi juga harus dicermati. Acapkali pada usia lanjut depresinya organik, yang penyebabnya adalah gangguan pada otak (Schifer, Rao, & Fogel, 2003). Kemungkinan lain adalah depresi sebagai bentuk komorbiditas penyakit fisik dan hal ini sangat banyak didapat pada penderita Diabetes Melitus. Observasi yang ketat juga harus diajarkan pada caregiver (pengasuh) dan atau sanak keluarga. Penelantaran dan penganiayaan diri acapkali adalah bentuk klinik depresi yang sudah berat, dan juga adanya kemungkinan percobaan bunuh diri terselubung dari penderita.

Dalam rawatan psikogeriatri terkini para lansia dilatih untuk mengenal realita/fakta yang ada pada diri dan lingkungannya agar ia dapat mengubah gaya hidupnya lebih realistik (Bright, Williams, & Garland, 2002). Kelompok ini diajarkan pula mengelola stres dan mempertahankan daya ingat bahkan bergaul–bersosialisasi secara sehat dan bermanfaat. Olahraga pun diarahkan sesuai dengan potensi fisik dan jiwa yang masih tersisa.

Salah satu gangguan di bidang psikogeriatric yang merupakan momok bagi para lanjut usia adalah demensia (O'Brien, 2005) yang lebih akrab dikenal dengan pikun. Ada bermacam-macam demensia, tapi yang paling dikenal adalah demensia Alzheimer dan demensia vaskuler. Demensia Alzheimer disebabkan karena proses degeneratif. Tak banyak yang bisa dilakukan bila "vonis" demensia ini telah dijatuhkan pada seseorang. Demensia Alzheimer memiliki moto "*slowly but sure*," perlakanlah tapi pasti pengidap gangguan ini akan jatuh dalam kepikunan yang hebat, tidak mengenal lagi orang-orang terdekatnya, dan berakhir dengan 3 A, Afasia, Apraksia dan Agnosia. Gambarannya adalah orang lanjut usia, tidak berbicara, sukar berjalan bahkan acapkali tergolek dengan posisi bagaikan janin di rahim ibu.

Akan halnya demensia vaskuler, erat kaitannya dengan perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan tingginya kadar cholesterol dalam darah, hipertensi, ketidakseimbangan kerja dengan rekreasi. Dikatakan demensia jenis ini adalah demensia yang masih dapat ditolong dan dapat dicegah.

Indonesia adalah salah satu negara yang bergabung dalam *Alzheimer's Disease International* (ADI). Di Asia Pasifik bergabung juga Australia, China, TADA China Taipei, Hongkong SAR, India,

Indonesia, Jepang, Malaysia, Selandia Baru, Pakistan, Filipina, Singapura, Korea Selatan, Sri Langka dan Thailand. Dalam pertemuannya di Singapura Mei 2006, ke-15 organisasi anggota ADI telah menyetujui agar dikomisikan laporan yang akan menarik perhatian pemerintah, organisasi-organisasi internasional dan badan-badan pemberi bantuan pada *epidemic dementia* serta ancamannya pada sistem kesehatan masyarakat. Laporan yang diajukan ini adalah hasil dari analisis negara-negara berkembang yaitu Bangladesh, Bhutan, Brunei Darussalam, Kampuchea, Makau, Republik Demokrasi Korea, Timor Timur (Timor Leste), Myanmar, Nepal, Papua Nugini, dan Vietnam. Berdasarkan data Persekutuan Bangsa-Bangsa, penduduk kawasan seluruhnya berjumlah 3.58 miliar pada tahun 2005. Penduduk yang berusia di atas 65 tahun telah diperkirakan berjumlah 238.9 juta orang dengan 37.2 juta berusia di atas 80 tahun. Keadaan ekonomi, bahasa dan agama di kawasan ini sangat beraneka ragam. Pada 2005 pen-derita demensia di kawasan Asia Pasifik berjumlah 13.7 juta orang dan menjelang 2050 jumlah ini akan semakin meningkat menjadi 64.6 juta orang (lihat Tabel 1).

Dari paparan tersebut, tampaknya demensia di kawasan Asia Pasific sudah merupakan wabah yang perlu penanganan yang serius. Berjangkitnya wabah ini sudahlah pasti karena jumlah penderita demensia meningkat selaras dengan meningkatnya penduduk yang menua. Di samping peningkatan jumlah penderita demensia, ada faktor-faktor yang memperparah demensia pada bidang sosial dan ekonomi, seperti contoh: urbanisasi, kecenderungan meninggalkan sistem keluarga besar menuju keluarga batih, dan dengan konsekwensi meningkatnya jumlah usia lanjut yang hidup sendirian.

Demensia berpotensi mengakibatkan dampak yang menghancurkan sistem kesehatan masyarakat negara-negara Asia Pasifik. Hal ini bukan saja karena meningkatnya penduduk "bertambah ubanan" tetapi karena demensia adalah penyakit yang kronis yang paling menyebabkan ketidakmampuan. "Beban penyakit" diukur dengan berapa tahun dari hidup sehat yang hilang sebagai akibat penyakit. Dan "Beban ketidakmampuan" adalah berapa tahun yang hidup sehat yang hilang karena ketidakmampuan. Bisa dibayangkan beban para pencari nafkah pada tahun-tahun mendatang dan berapa besarnya beban negara. Bagaimanapun biaya kesehatan ma-

Tabel 1
Prevalensi dan Insidens, ADI Asia Pasifik dan Non-Asia Pasifik

'000 orang	2005		2020		2050	
	Prevalensi	Insidens	Prevalensi	Insidens	Prevalensi	Insidens
Australia	195,4	60,2	301,3	91,1	664,1	199,7
China (termasuk Makau)	5.541,2	1.721,0	9.596,3	2.918,7	27.004,4	8.269,0
Hong Kong SAR	59,7	18,5	109,2	32,6	332,0	99,6
India	3.248,5	1.026,8	5.541,8	1.714,4	16.290,1	1.974,6
Indonesia	606,1	191,4	1.016,8	314,1	3.042,0	932,0
Jepang	1.871,2	570,2	3.251,3	983,4	4.873,1	1.417,7
Malaysia	63,0	20,1	126,8	39,0	453,9	138,8
Selandia Baru	38,2	11,8	54,6	16,6	117,6	35,5
Pakistan	330,1	107,3	566,6	179,3	1.916,2	584,3
Filipina	169,8	54,8	316,3	99,2	1.158,9	353,9
Singapura	22,0	6,8	52,6	15,7	186,9	56,7
Korea Selatan	246,3	75,5	542,2	164,3	1.569,9	. 475,4
Sri Langka	86,0	26,9	148,0	45,1	409,0	125,0
TADA China Taipei	138,0	43,1	253,4	76,6	659,3	. 199,4
Thailand	229,1	71,4	450,2	137,2	1.233,2	377,0
ADI Asia Pasifik	12.844,3	1.005,9	22.327,6	6.825,2	59.910,6	18.238,7
Non-ADI Asia Pasifik	859,3	276,2	1.399,6	437,1	4.730,9	1.448,6
Seluruh kawasan	13.703,6	4.282,1	23.727,1	7.262,3	64.641,5	19.687,3

(Access Economic, 21 September 2006)

syarakat akan sangat bervariasi tergantung fasilitas yang disediakan. Bagi ke-15 anggota ADI di kawasan Asia Pasifik, Wimo, Winblad, Stöffler, Wirth, dan Möbius (2003) telah memperkirakan bahwa biaya demensia adalah sebesar \$60,4 miliar (dalam dolar AS di tahun 2003). Tujuh puluh persen dari biaya perawatan demensia seluruh kawasan diperkirakan terdapat dalam ekonomi negara-negara maju, yang mengandung 18% dari prevalensi (Access Economic, 2006).

Deteksi dini gangguan demensia akan dapat menolong penderita agar progresivitas penyakitnya dapat dihambat. Hal ini sangat penting karena perubahan gaya hidup yang mengabaikan keseimbangan nutrisi dan keseimbangan kerja-rekreasi ditengarai menjadi salah satu penyebab terjadinya demensia pada para lanjut usia. Semua manusia di dunia ini pada akhirnya harus kembali kepada si Pemilik Hidup. Kematian adalah proses yang wajar dan harus dilalui setiap insan. Tetapi berbicara tentang kematian di Indonesia, walaupun di dunia pendidikan kedokteran sekali pun, serasa ada hambatan. Rasa sedih, galau, sungkan bahkan marah tercampur baur di hati seorang dokter. Sedih dan galau karena rasa empati yang dalam, sungkan karena hak pasien un-

tuk tahu tentang kematiannya mengharuskan dokter berterus terang akan penyakitnya dan marah karena acapkali kematian penderita lambangkan sebagai kegagalan dokter yang merawat, tetapi di dunia pendidikan kedokteran modern hal ini harus diubah. Penderita harus tahu tentang kondisi sebenarnya, selain hal itu adalah hak otonomi penderita, waktu yang tersisa di akhir hayatnya masih sangat berguna untuk menyelesaikan tugas kewajiban duniawinya sekaligus meningkatkan kualitas beribadah sebelum menghadap Khaliknya.

Pendekatan holistik mengharuskan seorang dokter melihat pasien sebagai manusia seutuhnya, yaitu makhluk yang memiliki fisik, jiwa, keluarga, dan budaya asalnya serta masalah spiritual ketika nilai hidup dan nilai beribadah sesuai agama yang dia-nutnya menjadi fokus perhatiannya. Alangkah janggalnya bila seorang dokter hanya merawat fisik penderita, tanpa menghiraukan kebutuhan psikologis penderita dan keluarganya. Bukanakah mereka yang menjelang akhir hayat juga masih memiliki keinginan pribadi?

Tidak banyak orang yang siap mati. Post (sitat dalam Mahajudin, 2006) mengatakan bahwa 70% penderita ketakutan pada saat ajal menjelang. Kata-

kutan yang melanda, banyak diakibatkan karena pernyataan yang tak dapat dibuktikan atau mitos yang beredar seputar kematian, misalnya nyeri sekarat, hebatnya siksa kubur, berada sendirian di dalam kubur dan sebagainya. Tetapi, sebagian pula disebabkan banyaknya tugas duniaawi yang belum terselesaikan dan susahnya berpisah dengan mereka yang dicintai. Karena itu terapi spiritual untuk menurunkan cita-cita atau keinginan yang belum terwujud sekali-gus meningkatkan kualitas beribadah harus segera dilaksanakan.

Terapi keluarga dan konseling pengasuh (*caregiver counseling*) juga sering dilaksanakan agar keluarga dapat memberi *support* sampai akhir hayat, dan tetap sejahtera sepeninggal penderita. Perawatan paliatif bagi para lanjut usia tidak terbatas pada perawatan akhir hayat, tetapi justru bertujuan memberi kualitas hidup sehingga pada usia senja ini hidup makin bermakna.

Pengertian kualitas hidup pasien yang tertera di Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 812/Menkes/SK/VII/2007 (DepKes R.I., 2007), adalah keadaan pasien yang dipersepsikannya sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianut, termasuk tujuan hidup, harapan, dan niatnya serta dimensi dari kualitas hidup menurut Clinch, Dudgeon, dan Scipper (1999) adalah: (a) gejala fisik, (b) kemampuan fungsional, (c) kesejahteraan keluarga, (d) spiritual, (e) fungsi sosial, (f) kepuasan terhadap pengobatan (termasuk masalah keuangan), (g) Orientasi masa depan (h) kehidupan seksual, termasuk gambaran terhadap diri sendiri, dan (i) fungsi dalam bekerja.

Dalam perawatan paliatif para lanjut usia seakan digiring ke tingkat kepasrahan yang tinggi, melihat dengan objektif kemampuan diri yang tersisa dan dengan modal itu ia membangun kembali tujuan atau cita-cita hidup yang realistik yang dapat diselesaikannya di akhir hayat. Ia masih dapat menata keluarga yang akan ditinggalkannya agar mereka tetap saling mencintai dan sejahtera sepeninggalnya.

Menjelang akhir hayat para lanjut usia yang menjalani perawatan paliatif masih mendapatkan pula kesempatan menjalankan keinginan terakhirnya (*the needs of the dying*). Anggota tim perawatan paliatif yang berpengalaman sangat peka terhadap kebutuhan ini dan berusaha memenuhinya asal permintaan itu realistik. Pada umumnya kebutuhan akhir hayat terdiri atas (Yuwana, 2007): Segi fisik (bebas dari gejala nyeri atau fisik yang menggang-

gu); Segi psikologis (adanya rasa aman, pengertian/pemahaman tentang penyakit, dan tetap ingin dihargai); Segi sosial (diterima apa adanya, dilibatkan dalam pemasalahan keluarga, dan dibebaskan dari tanggungjawab); Segi spiritual (kebutuhan akan dicintai, ingin diampuni dari kesalahan masa lampau, mempertahankan harga diri, dan hidup yang berarti).

Dalam perawatan paliatif yang sangat penting adalah kemahiran berkomunikasi. Penyampaian berita buruk (*breaking bad news*) mengenai *vonis* mendekatnya kematian bagi penderita dan berikutnya kepada keluarga yang hampir pasti dalam keadaan emosional menjadi sangat penting. Kemahiran berkomunikasi antar-anggota tim yang merawat, yang bukan saja berasal dari kalangan medis tetapi juga non-medis misalnya para ulama ataupun notaris dalam penulisan surat wasiat.

Penderita dalam keadaan terminal acapkali dilanda kebingungan dan pada saat seperti ini tidak lagi dapat diharapkan adanya komunikasi yang efektif antara penderita dengan keluarga maupun tim medis. Penyampaian keinginan terakhir acapkali tidak terlaksana. Dalam keadaan darurat acapkali masih dilakukan penyelamatan terakhir dengan menggunakan alat-alat resusitasi. Adalah hal yang sangat dilematis bila dengan alat bantu tersebut penderita tidak tertolong, dalam arti tidak sadarkan diri yang berlangsung lama dan hidup hanya tergantung dari alat bantu tersebut. Dari pengalaman kerja beberapa keluarga telah memberanikan diri untuk tidak memperpanjang pemakaian alat bantu tersebut. Patokan yang dipakai keluarga untuk ini adalah pola pikir, dasar kepribadian, dan kebiasaan penderita semasa sehat.

Keluarga tidak menginginkan menambah umur bilamana penderita dan keluarga bertambah menderita. Tetapi, dalam Keputusan Menteri Kesehatan yang tersebut terdahulu, putusan dilakukan atau tidak dilakukannya tindakan resusitasi dapat dibuat oleh pasien yang kompeten atau oleh Tim Perawatan Paliatif. Putusan yang diambil oleh penderita yang masih kompeten dituangkan dalam bentuk pesan (*advanced directive*). Keluarga tidak boleh membuat putusan untuk tidak diresusitasi, kecuali penderita telah menuliskannya di *advanced directive*. Namun, atas pertimbangan tertentu yang layak dan patut, permintaan tertulis oleh seluruh anggota keluarga yang terdekat dapat dimintakan penetapan

pengadilan untuk pengesahannya. *Add life to years, not years to life.*

Sampai saat ini para lanjut usia masih mendapat kedudukan yang terhormat di masyarakat. Mereka adalah tempat bertanya bila ada masalah, tempat meminta doa restu bilamana ada upaya peningkatan-perkembangan diri misalnya menghadapi ujian, atau pernikahan. Para lanjut usia pun acapkali dimintai "obat" di kala salah satu anggota keluarga ada yang sakit. Tetapi, peran terhormat ini makin lama tampaknya makin pudar, terutama di kota-kota besar Indonesia. Perubahan ini sangat menyakitkan hati para lanjut usia.

Dalam teori-teori penuaan, salah satu teori kenapa manusia menjadi tua, teori yang menyatakan bahwa penuaan terjadi akibat kurangnya peran bagi para lanjut usia. Hidup serumah lebih dari dua generasi acapkali juga menjadi masalah. Anak masa kini yang sudah terimbas pengaruh informasi global acapkali kurang mengindahkan nilai yang terpasteri di pemikiran si kakek dan nenek Perang dingin, bahkan tidak jarang cek-cok antara cucu dan kakek sering tidak terelakkan. Kondisi ini diperparah karena komunikasi yang tidak efektif di antara anggota keluarga. Acara bincang-bincang santai di keluarga Indonesia dikatakan makin pudar dimakan kesibukan para anggota keluarga.

Dahulu banyak keluarga Indonesia melakukan *family table talk*, saat seluruh anggota keluarga duduk bersama sambil bersantap di meja makan. Tergantung kadar demokrasi keluarga, anggota keluarga boleh bahkan didorong untuk bercerita menganai pengalaman yang dijalannya beberapa saat terakhir. Dari sini timbullah keeratan ikatan tali keluarga dan problem-solusi oriented pada anggota keluarga lain dapat dijalankan dengan adanya kesempatan memberi pandangan dan nasihat, minimal menjadi pendengar yang efektif. Dengan cara ini *generation gap* antar-generasi dapat dipersempit. Kehidupan para lanjut usia yang masih harus menyatu dengan anak dan cucu masih dapat membawa situasi yang menyenangkan dan memberi kualitas hidup yang baik bagi mereka.

Dalam kehidupan keluarga perbedaan pandang antar-generasi saja yang hidup serumah telah dapat menimbulkan selisih faham, bagaimanakah dengan perbedaan kultur, perbedaan ras/suku dan perbedaan berbahasa antar-penderita lanjut usia dengan para profesional kesehatan yang jauh lebih muda usianya? (World Federation for Mental Health, 2007).

Beruntunglah kita berada di Provinsi Jawa Timur yang aktivitas mengatasi kesehatan jiwa lansia merupakan pemikiran lembaga legislatif dan lembaga eksekutif. Di era pimpinan Provinsi Jawa Timur, pada saat itu Bapak HM Basofi sudah diterbitkan suatu Surat Keputusan yang intinya meningkatkan upaya kesejahteraan lansia. Hal ini direspon oleh Yayasan Gerontologi Abiyoso yang pada saat itu dipimpin Bapak H Trimariono, yang membuka Karang Wredha di setiap kabupaten. Pada saat itu diharapkan empat departemen pemerintah membantu kegiatan para lanjut usia di sentra itu, yaitu Departemen Kesehatan melalui Puskesmas atau pos kesehatan swasta terdekat, memeriksa rutin kesehatan para lansia, Departemen Pendidikan mengutus seorang pakarnya memberi tambahan ilmu atau keterampilan, Departemen Sosial yang mencermati dan siap membantu keadaan sosial dan BKKBN dengan penerapan pola keluarga yang telah disepakati. Alangkah idealnya bilamana kegiatan di Karang Wredha ini tetap dapat dipertahankan, bahkan kalau bisa ditingkatkan kualitas pertemuannya. Bukankah kurang lebih 80% populasi lanjut usia ini berada di luar kota-kota besar, bahkan di pedesaan?

Tahun 2003 *masterplan* Pusat Pengembangan Psikogeriatri di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang pada saat itu di bawah pimpinan Dr. Pandu Setiawan SpKJ telah dirampungkan (Departemen Kesehatan R.I., 2003). Diharapkan RSJ ini menjadi *the center of excellence for dementia care*. Hal ini ditunjang dengan luasnya area, suhu yang sejuk, yang memungkinkan merawat penderita demensia secara holistik dengan baik. Lahan yang masih luas diharapkan menjadi tempat bercocok tanam (*gardening*) dan lingkungan yang nyaman jauh dari hiruk pikuk kota menjadi tempat terapi lingkungan (*environment therapy*).

Dalam perawatan demensia diharapkan keterlibatan pakar-pakar di luar ilmu kesehatan karena kemungkinan demensia juga dapat dihambat progressivitasnya dengan terapi musik, terapi kerja dan olah raga. Masyarakat terutama para lanjut usia yang telah mendengar *masterplan* ini berharap realisasinya. Kenapa tidak, di antaranya perencanaannya akan ada dusun pensiunan (*retirement village*). Hal yang harus diberantas adalah pandangan skeptis dari kalangan tertentu yang memandang psikiater adalah dokter yang hanya merawat orang gila. Dan mereka yang berkonsultasi atau menjalani

perawatan di RSJ adalah hanya pasien psikosis (terganggu menilai realita). Hal ini harus segera dibertantas, karena spektrum gangguan jiwa itu sangat luas, sedangkan psikosis hanya menempati sebagian kecil dari spektrum tersebut. Pemprov Jatim akhirnya memiliki payung hukum berupa peraturan daerah (Perda No. 5 tahun 2007) tentang kesejahteraan lansia yang disahkan melalui sidang paripurna DPRD Jatim 13 Juli 2007. Perda ini untuk memprioritaskan pelayanan kepada warga lanjut usia (lansia) (Akhirnya Perda Kesejahteraan..., 2007). Bab IV mengenai Ruang Lingkup, di pasal 8 ayat 1 Peningkatan Kesejahteraan Lansia meliputi: (a) pelayanan keagamaan dan mental spiritual, (b) pelayanan kesehatan, (c) pelayanan kesempatan kerja, (d) pelayanan pendidikan dan pelatihan, (e) pelayanan untuk mendapatkan kemudahan dalam menggunakan fasilitas, sarana, dan prasarana umum, (f) pemberian kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum, (g) bantuan sosial, (h) perlindungan sosial.

Pada ayat 2 dalam bab yang sama ini tercantum: Peningkatan Kesejahteraan Lansia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh dan menjadi tanggung jawab bersama Pemerintah Provinsi, keluarga, dan masyarakat sesuai dengan kewenangan masing-masing. Dengan hadirnya Perda ini maka upaya peningkatan kesehatan para lanjut usia menjadi lebih baik, karena dicantumkan juga upaya penyembuhan (kuratif) yang diperluas di bidang geriatrik/gerontologik, dan penyelenggaraan bagi lansia yang mengidap penyakit kronis maupun terminal dalam bentuk Panitia Medik Lansia serta peningkatan sumber daya manusia kesehatan geriatrik.

Passal 13 dari Pelayanan Kesempatan Kerja, ayat (1) dicantumkan dunia usaha memberi kesempatan yang seluas-luasnya kepada tenaga kerja lansia potensial yang memenuhi persyaratan jabatan dan kualifikasi pekerjaan untuk memperoleh pekerjaan sesuai dengan bakat, minat dan kemampuannya. Adapun di bagian pelayanan Pendidikan dan Pelatihan pada pasal 17 ayat (1) dicantumkan pelayanan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, kemampuan dan pengalaman lansia potensial sesuai dengan potensi yang dimilikinya dan di ayat (2).

Keputusan Menteri Kesehatan No. 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif juga menguntungkan dalam peningkatan kesehatan usia lanjut. Lingkup kegiatan perawatan paliatif

mencakup penatalaksanaan nyeri dan keluhan fisik lain, dukungan psikologis-sosial-kultural dan spiritual. Untuk keluarga ada dukungan persiapan dan selama masa duka cita. Kelompok perawatan paliatif dibentuk di tingkat Puskesmas dan lingkup perawatannya sampai dalam kunjungan/rawat rumah. Dalam Keputusan Menteri itu tertera jenis perawatan paliatif meliputi: penatalaksanaan nyeri, penatalaksanaan keluhan fisik lain, asuhan keperawatan, dukungan psikologis, dukungan sosial, dukungan kultural dan spiritual, dukungan persiapan dan selama duka cita (*bereavement*), perawatan ini dapat dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan dan kunjungan rumah.

Alangkah bahagianya para lanjut usia di Provinsi Jawa Timur bila Perda dan Kepmenkes ini disosialisasikan dan yang lebih penting dilaksanakan dan dipatuhi oleh setiap institusi dan insan yang terkait. Dari pengalaman pribadi di bidang psikogeriatri maupun perawatan paliatif, maka ada yang masih saya impikan dan yang masih ingin saya wujudkan dengan seizin Yang Maha Kuasa. Di bidang pendidikan di Fakultas Kedokteran, pada awal pendidikan mahasiswa SI seyoginya diberikan juga dasar-dasar berkomunikasi dan pelatihan pembentukan empati dengan menghargai perbedaan kultur dan nilai hidup yang ada antara dirinya dan penderita lansia tersebut. Karena hal ini saya anggap penting sebagai modal menjadi dokter yang merawat manusia secara holistik.

Modul-modul mengenai perawatan lanjut usia dan perawatan terminal (perawatan akhir hayat, *end-life care*) berbasis rumah sakit maupun berbasis perawatan komunitas (*community-base*) bahkan perawatan rumah (*home care*) sudah harus diajarkan sejak mahasiswa kedokteran mengawali pendidikannya di klinik sebagai panitera muda maupun dokter muda. Untuk Universitas Airlangga, adalah konsekuensi kita bersama untuk ikut dalam pendidikan para lanjut usia. Di luar negeri bahkan di beberapa perguruan tinggi swasta di Indonesia telah didirikan *The Third University*. Ini adalah sebutan bagi pendidikan di suatu universitas yang memberi pendidikan bagi para lanjut usia yang masih potensial. Pelajaran yang diberikan cukup untuk membuat para lanjut usia menambah pengetahuan dan keterampilan agar mereka dapat membuat hidup ini lebih bermakna.

Masih untuk tingkat universitas maka tidak ka-

lah pentingnya pengelolaan bursa kerja walaupun paruh waktu bagi para lanjut usia yang masih potensial dan kreatif. Pengalaman adalah guru yang paling baik, yang belum tentu didapat di *textbook*. Untuk Ikatan Dokter Indonesia, sudah waktunya dipikirkan mengenai me "wabah"nya demensia, meningkatnya gangguan depresi, masalah *medicolegal* seperti penelantaran dan penganiayaan psikologis (*psychological abuse*) lanjut usia dan perawatan akhir hayat terutama bagi penderita yang terpaksa memakai alat bantu resusitasi. Pemikiran *problem-oriented* dari gabungan organisasi profesi kedokteran harus diadvokasikan kepada para pengambil putusan negara tercinta ini agar dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan khususnya bagi kaum lanjut usia. Tidak mungkin seseorang disebut sehat dengan hanya mengandalkan sehat fisik tanpa disertai sehat mental.

Untuk Perhimpunan Dokter Spesialis Jiwa Indonesia, Asosiasi Psikogeriatri Indonesia dan Masyarakat Paliatif Indonesia, semboyan *Psychiatry without walls*, harus ditingkatkan ketika kesehatan para lanjut usia harus ditularkan kepada para dokter, paramedis bahkan masyarakat seminat di daerah, agar dapat ikut berperan serta meningkatkan kualitas hidup para lanjut usia dan rumah sakit akan menjadi pusat rujukan. Bukankah jumlah psikiater masih terlalu sedikit (kurang lebih 900 orang) untuk 240 juta orang dengan situasi kondisi yang carut marut di negara tercinta ini?

Bagi pimpinan RSU Dr. Soetomo yang sampai saat ini masih sebagai *teaching hospital* Fakultas Kedokteran Unair, pusat perawatan lanjut usia dan perawatan akhir hayat yang memiliki tim interdisiplin ilmu dalam rupa rawat inap, rawat jalan, rawat harian (*day-care*) dan klinik daya ingat (*memory clinic*) seyogianya cepat dibentuk. Perda tentang kesejahteraan lanjut usia telah ditetapkan dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Kebijakan Perawatan Paliatif telah diterbitkan, *booming* lansia semakin dekat, marilah kita bersama-sama berupaya meningkatkan kesehatan para lanjut usia demi masa depan negara tercinta ini.

Pustaka Acuan

Access Economics (2006, September, 21). *Dementia in the Pacific region: The epidemic is here.*

- Publications & Reports, Asia Pacific Members of Alzheimer's Disease International.
- Akhirnya, perda kesejahteraan lansia disahkan. (2007, 1 Agustus). Jawa Pos, hlm. 30.
- Agronin, M. E., & Maletta, G. J. (2006). *Principles and practice of geriatric psychiatry*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins (pp.523-546).
- Bright, B., Williams, C., & Garland, A. (2002). Using the five areas cognitive behavioral therapy model with psychiatric features. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 307-315.
- Brower, M. C., & Price, B. H. (2001). *Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behavior: A critical review*. Retrieved November 12, 2006 from jnnp.bmjjournals.org
- Clinch, J. J., Dudgeon, D., & Schipper, H. (1999). Quality of life assessment in palliative care. *Oncol Nurs Forum* 26(6), 1055-1064.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2003, November 2003). Draft final report studi masterplan Pusat Pengembangan Psikogeriatri RSJ Dr. Rajiman Wediodiningrat. Lawang: Penulis.F
- Departemen kesehatan Republik Indonesia. (2007). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 812/Menkes/SK/VII/2007, tentang Kebijakan Perawatan Paliatif. 19 Juli 2007.BroDPRD Provinsi Jawa Timur. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur No. 5 tahun 2007. Tentang Kesejahteraan Lansia. Surabaya: Penulis.
- Jacoby, R. & Oppenheimer, C. (2002). *Psychiatry in the elderly* (3rd. ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Mahajudin, M. S. (2005). Pemeriksaan neuropsikiatri sebagai alat bantu diagnosis dan perencanaan terapi pada lanjut usia. Makalah disampaikan pada KONAS II Asosiasi Psikogeriatri Indonesia (API). Jakarta, 8 April 2005.
- Mahajudin, M. S. (2007). Penatalaksanaan terkini, gangguan daya ingat & gangguan perilaku pada lansia. Makalah disampaikan pada Pendidikan Berkelanjutan Psikiatri II. Surabaya, Agustus 2007.
- O'Brien, J. (2005). Dementia associated with psychiatric disorders. *International Psychogeriatrics*, 17(Supp), S207-S221.
- Sadavoy, J., Jarvik, L. F., & Meyers, B. S. (2004). *Comprehensive textbook of geriatric psychiatry* (3rd. ed.). New York: W. W. Norton & Co.
- Schifer, R. B., Rao, S. M., & Fogel, B. S. (Eds.).

- (2003). *Neuropsychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wimo, A., Winblad, B., Stöffler, A., Wirth, Y., & Möbius, H. J. (2003). Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics*, 21(5), 327-340.
- World Federation for Mental Health (2007, October 10). *Mental health in a changing world: The impact of culture diversity* (Theme of World Mental Health Day). New York: Author
- Yuwana, T. A. (2007). Deteksi gangguan psikogeriatrik di tempat praktik. *Anima, Indonesian Psychological Journal*, 23(1), 92-98.