



Gerontologi Medis

Suatu Pandangan Terintegrasi

Editor :
Adnil Edwin Nurdin
Rose Dinda Martini
Arina Widya Murni
Afriwardi

PERHIMPUNAN GERONTOLOGI MEDIK (PERGEMI)
CABANG PADANG
2014

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS

Editor : Adnil Edwin Nurdin, Rose Dinda Martini, Arina Widya Murni, Afriwardi

Koordinator penerbitan : Adnil Edwin Nurdin
Redaktur pelaksana . : Rose Dinda Martini

@ 2014 Bagian Ilmu Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran Universitas AndalasBagian
RS Dr. M. Djamil Padang

Diterbitkan pertama kali oleh :
Bagian Ilmu Penyakit Dalam
FK Universitas Andalas
RS Dr. M. Djamil Padang

16 x 21 cm

Hak cipta dilindungi Undang-Undang
Dilarang memperbanyak, mencetak, dan menerbitkan sebagian atau seluruh buku ini
dengan cara dan dalam bentuk apapun tanpa seizin penulis dan penerbit.

PRAKATA TIM EDITOR

Buku kecil "*Gerontologi Medis, Pendekatan Komprehensif dan Terpadu*" ini ditujukan untuk para dokter yang bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Dengan demikian buku ini bukan merupakan buku teks ataupun standar pelayanan medis untuk lansia, tetapi lebih merupakan buku pengenalan terhadap masalah kesehatan komprehensif yang berkaitan dengan lansia, untuk membantu para sejawat dalam pengenalan dini gejala-gejala demensia maupun pra-demensia, merencanakan penatalaksanaan sistematis untuk menghambat laju progresifitas penyakit demensia, serta upaya mencegah kecelakaan yang merupakan penyebab kematian terbanyak pada penderita demensia.

Karena luasnya bidang ilmu yang akan dibahas, maka buku ini ditulis oleh para spesialis ilmu kedokteran dari berbagai bidang. Sesuai dengan azas "*medicine is a life long study*", maka setelah membaca buku ini tentu saja para sejawat diminta membuka kembali apa-apa yang telah dipelajarinya, membaca buku-buku dan artikel terbaru, serta mengikuti seminar-seminar.

Sangat perlu dipahami, bahwa dengan makin baiknya sistem pelayanan kesehatan yang memperpanjang usia harapan hidup, maka masalah penyakit demensia dan penyakit degenerative lain akan meningkat pesat melebihi penyakit-penyakit infeksi. Sedangkan penatalaksanaan penyakit-penyakit lansia tersebut bersifat sangat intensif dan berkelanjutan, serta merupakan tugas terintegrasi dari hampir semua bidang ilmu kedokteran. Khususnya yang sangat perlu dilakukan penatalaksanaan intensif terintegrasi ialah upaya mencegah kecelakaan pada lansia, seperti jatuh dikamar mandi, yang dapat berakibat fatal.

Karena itu para sejawat diperkenalkan dengan konsep "*Care Giver*" atau "*Carer*" dinegara-negara maju, yang melakukan penatalaksanaan masalah-

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| Prakata Tim Editor | iii |
| Kontributor | v |
| Daftar Isi | vii |
| | |
| PENGAJIAN PARIPURNA PASIEN GERIATRI | 1 |
| <i>Rose Dinda Martini</i> | |
| | |
| PERANAN ANTIOKSIDAN TERHADAP PENCEGAHAN PENYAKIT NEUROGERIATRI | 18 |
| <i>Darwin Amir</i> | |
| | |
| DEMENSIA, DIAGNOSIS DAN PENATALAKSANAANNYA | 33 |
| <i>Adnil Edwin Nurdin</i> | |
| | |
| GANGGUAN PSIKOSOMATIK PADA USIA LANJUT | 46 |
| <i>Arina Widya Murni</i> | |
| | |
| PERAN ANTIOKSIDAN DAN GANGGUAN KOGNITIF PADA LANJUT USIA | 59 |
| <i>Nur Indrawaty Lipoeto</i> | |
| | |
| DIAGNOSIS DAN PENATALAKSANAAN OSTEOARTRITIS SENDI LUTUT | 69 |
| <i>Rizki Rahmadian</i> | |
| | |
| GANGGUAN BERKEMIH PADA GERIATRI DALAM PRAKTEK UROLOGI SEHARI-HARI | 84 |
| <i>Etriyel MYH, Yevri Zulfiqar</i> | |
| | |
| PROLAPS ORGAN PANGGUL | 96 |
| <i>Ermawati</i> | |

| | |
|--------------------------------|-----|
| OLAHRAGA PADA USILA | 111 |
| <i>Afriwardi</i> | |
| AGING SKIN (KULIT MENUA) | 119 |
| <i>Satya Wydya Yenny</i> | |
| XEROSIS GERIATRI | 137 |
| <i>Qaira Anum</i> | |

PENGAJIAN PARIPURNA PASIEN GERIATRI

Rose Dinda Martini

Subbagian Geriatri Bagian Ilmu Penyakit Dalam
RSUP dr. M.Djamil Padang/FK Universitas Andalas

Pengertian Usia Lanjut

Menua didefinisikan sebagai penurunan, kelemahan, meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan perubahan lingkungan, hilangnya mobilitas dan ketangkasan, serta perubahan fisiologis yang terkait dengan usia.¹

Penuaan adalah suatu proses normal yang ditandai dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan dan terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Hal ini merupakan suatu fenomena yang kompleks dan multi dimensional yang dapat diobservasi setiap sel dan berkembang sampai pada keseluruhan sistem.¹

Pengertian geriatri dan usia lanjut serupa tapi tidak sama. Usia lanjut adalah seseorang yang sudah berusia lanjut namun sehat, sedangkan geriatri adalah usia lanjut dengan banyak masalah penyakit (multipatologi).

Usia lanjut merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Usia lanjut adalah dimana individu yang berusia di atas 60 tahun yang pada umumnya memiliki tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi biologis, psikologis, sosial, ekonomi. Sedangkan menurut definisi dari Depkes RI, usia lanjut adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindari. Pada kelompok yang dikategorikan usia lanjut ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process*. Menurut UU no 13 tahun 1998 pasal 1 ayat 2 tentang kesejahteraan lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Ilmu yang mempelajari fenomena penuaan meliputi proses menua dan degenerasi sel termasuk masalah-masalah yang ditemui dan harapan usia lanjut disebut gerontologi. Gerontologi adalah ilmu yang mempelajari, membahas, meneliti segala

GANGGUAN PSIKOSOMATIK PADA USIA LANJUT

Arina Widya Murni

Subbagian Psikosomatis Bagian Ilmu Penyakit Dalam
RSUP dr. M.Djamil Padang/FK Universitas Andalas

Definisi

Proses penuaan adalah proses yang normal dan merupakan proses gradual yang memperlihatkan berbagai kemunduran fisik, seperti penurunan kemampuan sensorik (misalnya penglihatan dan pendengaran) serta penurunan fungsi paru dan kekebalan. Bersamaan dengan kemunduran fisik, proses mentalpun mengalami kemunduran seperti fungsi intelektual, fungsi berfikir dan kestabilan emosi.

Usia lanjut adalah salah satu kelompok umur yang rentan mengalami gangguan psikosomatik. Penderita yang berusia lanjut sebagian besar mengidap penyakit yang multi patologi dengan berbagai keterbatasan. Gangguan psikosomatik yang sering ditemukan pada usia lanjut adalah depresi (gangguan mood) dan gangguan ansietas.

Depresi adalah suasana hati atau *mood* yang sedih selama lebih dari dua minggu disertai dengan hilangnya minat dan rasa letih disertai setidaknya beberapa gejala penurunan berat badan, perubahan pola tidur, psikomotor yang aktif berlebihan atau melamban, kehilangan energi, rasa bersalah atau pesimis, sulit berfikir dan berkonsentrasi serta pikiran bunuh diri. (DSM-IV, 2000)

Untuk gangguan ansietas didefinisikan sebagai respon yang spesifik berupa rasa cemas, khawatir atau takut terhadap ancaman yang tidak diketahui, kadang bersifat internal, samar-samar dan berlangsung kronis. Gangguan ansietas terdiri dari beberapa jenis seperti gangguan kecemasan umum, stres pasca trauma, serangan panik, gangguan cemas sosial, fobia spesifik dan obsesif kompulsif.

Epidemiologi

Pada praktek sehari-hari secara umum sering dijumpai tumpang tindihnya gangguan cemas dengan depresi termasuk pada usia lanjut. Hampir 60% penderita dengan depresi juga didiagnosis dengan gangguan ansietas.

Kaburnya pandangan mata mempengaruhi kualitas hidup pada usia lanjut. Hampir sepertiga populasi usia lanjut yang mengalami gangguan penglihatan memiliki penyakit kronis lainnya seperti nyeri, hipertensi dan riwayat jatuh dalam waktu dua tahun. Status emosional mereka pun terpengaruh, dimana didapatkan prevalensi gangguan emosi sebanyak 12% dengan rincian 42% mengaku frustrasi, 23% mengalami gangguan cemas dan 22% mengalami gangguan depresi.

Etiologi

Gangguan emosional pada usia lanjut sering terjadi karena pada usia lanjut sebagian besar akan merasa tidak dibutuhkan lagi. Pertama-tama muncul perasaan terasing, rasa tidak berguna lagi, rasa kehilangan karena tanggung jawab sebagai orang tua akan berakhir disebabkan anak-anaknya sudah mapan dan sibuk dengan kegiatan mereka masing-masing.

Kurangnya atau mengaburnya penglihatan dan pendengaran akan menambah beban psikologis selanjutnya. Penglihatan berkurang akan berefek kepada keadaan gampang jatuh dan tingkat ketergantungan penderita menjadi sangat tinggi, akhirnya penderita akan frustrasi dan cenderung menarik diri dan mengalami gangguan mood (depresi).

Kecemasan pada usia lanjut sering diderita dan dikeluhkan. Manifestasi klinisnya muncul ketika penyakit - penyakit kronis degeneratif mulai diderita dan menyebabkan timbulnya berbagai keterbatasan. Perasaan takut akan kematian mendominasi rasa cemas tersebut. Apalagi bila dalam keseharian pasien juga melihat rekan seusianya bergantian menemui kematian dan berfikir suatu saat dalam waktu yang tidak lama akan sampai gilirannya. Tentu saja hal ini akan menimbulkan kegelisahan dan kecemasan yang semakin memuncak.

Kecemasan dan depresi tidak serta merta dikeluhkan. Umumnya penderita lebih sering mengemukakan keluhan fisik yang dirasakan dan memperlihatkan derajat keluhan yang tidak sebanding dengan kelainan yang ditemukan. Perlu kejelian dan waktu yang lebih lama untuk menggali adanya peran gangguan psikologis pada penderita dengan usia lanjut.

Patofisiologi

Selama paparan stresor berlangsung, menyebabkan berbagai variasi hormon dilepaskan dan diregulasi oleh aksis Hipotalamo-Pituitari-Adrenal. Hormon-hormon tersebut akan mempengaruhi susunan syaraf sentral dan perifer dan memicu mulai terjadinya proses adaptasi. Aktivasi hormon ini terutama hormon kortisol akan mempengaruhi mobilisasi energi cadangan tubuh, pemeliharaan sistem imun dan lain-lain. Paparan stresor bisa mengancam dan memperlihatkan respon tubuh berupa "fight" atau "flight" tergantung kepada kepribadian dan kemampuan dalam beradaptasi dengan masalah (*coping mechanism*). Dengan kemampuan adaptasi yang baik maka tubuh akan kembali ke kondisi normal (*homeostasis*). Proses *homeostasis* juga menurun pada usia lanjut sehingga kemampuan adaptasi juga akan berkurang dan menyebabkan penderita usia lanjut lebih besar kemungkinan mengalami gangguan psikosomatik.

Perbedaan kemampuan individu dalam mengelola stres menjadi salah satu faktor penyebab timbulnya gangguan psikosomatik. Perbedaan kemampuan tersebut dipengaruhi oleh faktor genetik dan variasi paparan stres dari lingkungan yang dialami penderita sepanjang hidupnya. Pada usia lanjut terdapat masa paparan stres yang lebih lama dan kemampuan adaptasi terhadap stres yang berkurang seiring dengan berkurangnya fungsi fisiologis tubuh karena proses menua. Faktor dukungan keluarga menjadi sangat penting karena usia lanjut mempunyai keterbatasan dalam melakukan aktifitas fisik dan membutuhkan bantuan keluarga.

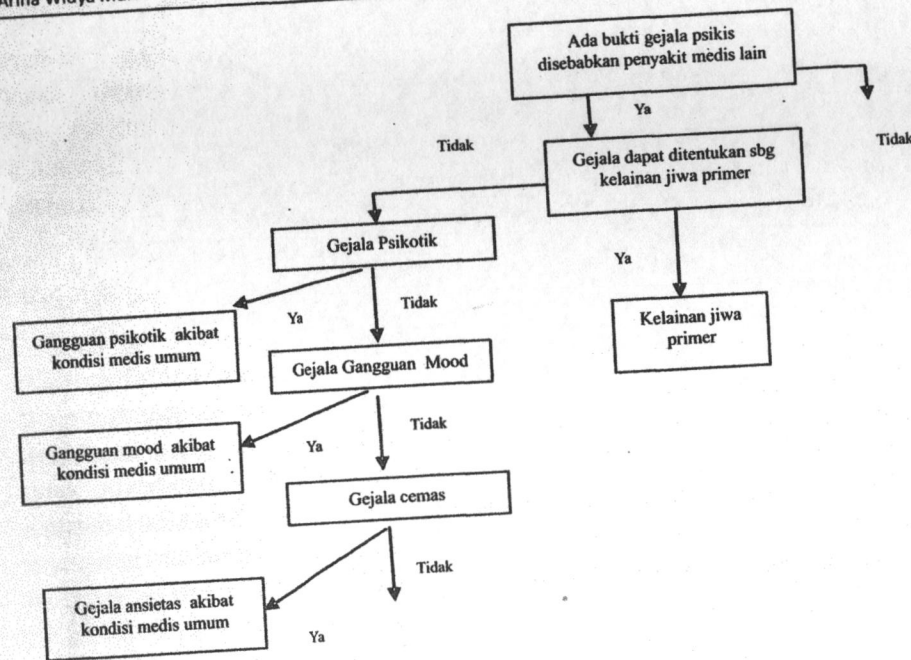
Faktor lain yang dapat mempengaruhi gangguan psikosomatik adalah menurunnya fungsi organ panca indra seperti penurunan fungsi penglihatan. Perubahan normal pada penglihatan karena proses menua terjadi melalui perubahan pada transmisi intra okuler dan pendaran cahaya. Perubahan juga terjadi pada efikasi dari transduksi sinar dan regenerasi dari pigmen cahaya,

serta kualitas dari transmisi sinaps dan terakhir adalah proses sinyal dari retina ke daerah sekitarnya. Banyak penelitian yang membuktikan bahwa terdapat perubahan dari faktor-faktor tersebut diatas pada kelompok usia lanjut dibandingkan dengan kelompok yang lebih muda. Gangguan penglihatan ini menyebabkan ketergantungan yang tinggi pada orang lain dan menyebabkan keterbatasan aktifitas fisik.

Diagnosis

Diagnosis gangguan psikosomatik pada usia lanjut haruslah ditegakkan secara hati-hati dan perlu penelusuran yang lebih rinci. Gangguan mental atau psikologis dapat merupakan efek dari kondisi gangguan kesehatan secara umum. Dalam melakukan evaluasi terhadap penderita yang memperlihatkan gejala gangguan psikologis, penting untuk menilai beberapa hal seperti apakah gejala-gejala tersebut terjadi sebagai bagian dari gangguan mental primer atau sekunder akibat penyakit organik yang dideritanya (Gambar 1).

Tahap awal penegakan diagnosis tetap melalui pengumpulan data dari anamnesis, pemeriksaan fisik yang sesuai dan hasil laboratorium penunjang yang menyokong diagnosis pasti dari gejala yang disampaikan penderita. Dalam penentuan apakah gangguan psikomatik yang ditemukan pada penderita merupakan gangguan psikologis atau bagian dari gangguan organik, perlu dilihat apakah terdapat hubungan langsung (misalnya onset gejala psikologis muncul setelah memulai pemakaian obat tertentu atau meningkatkan dosis obat tertentu) ataukah gejala nya bersamaan dengan gejala penyakit organik (seperti depresi dibandingkan dengan gejala klinis penderita sindroma cushing). Lebih jelasnya dapat dilihat di gbr 1.



Gambar 1. Algoritma diagnosis gangguan psikosomatik pada multipatologi

Dari gambar 1 dapat dilihat bila ditemukan gangguan psikologis pada penderita dengan multipatologi seperti pada penderita usia lanjut, maka langkah pertama yang harus dilakukan adalah mengidentifikasi apakah gejala psikologis tersebut merupakan gambaran klinis dari kelainan jiwa primer. Bila tidak, pastikan untuk mencari gejala dan tanda psikotik, bila positif, penderita didiagnosis sebagai gangguan psikotik akibat kelainan medis umum (perjalanan dari penyakit organik). Bila tidak ditemukan gejala psikotik, langkah selanjutnya adalah mencari gejala gangguan mood atau pun gangguan kecemasan.

Gangguan mood dan gangguan kecemasan dapat dinilai dengan menggunakan berbagai kuesioner untuk menskrining seperti *Hospital Anxiety Depression Scale*, *Hamilton Anxiety Rating Scale*, *Hamilton Depression Rating Scale* dan *Geriatric Depression Scale*. Penggunaan kuesioner dapat dipercaya sebagai skrining namun penegakan diagnosis tetap harus memakai kriteria yang tertuang pada DSM IV.

Gangguan Depresi

Menurut kriteria *Diagnostic and Statistical Manual IV (DSM-IV)*, seseorang dinyatakan menderita gangguan depresi jika terdapat lima atau lebih gejala di bawah ini yang telah berlangsung selama dua minggu atau lebih sekurangnya salah satu gejala harus terdapat *mood* depresi atau kehilangan minat atau kemampuan untuk menikmati sesuatu.

1. Keadaan emosi depresi atau tertekan pada sebagian besar waktunya dalam satu hari, terjadi hampir setiap hari, yang ditandai oleh laporan subjektif berupa rasa sedih atau hampa atau melalui pengamatan oleh orang lain terlihat seperti ingin menangis.
2. Kehilangan minat atau rasa nikmat terhadap semua hal, atau hampir semua kegiatan sehari-hari yang terjadi pada sebagian besar waktu dalam satu hari dan hampir terjadi setiap hari.
3. Terdapatnya penurunan berat badan yang signifikan saat tidak melakukan diet atau bertambahnya berat badan secara signifikan.
4. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari.
5. Kegelisahan atau kelambatan psikomotor hampir setiap hari dapat diamati oleh orang lain, bukan hanya perasaan subjektif akan kegelisahan atau merasa lambat.
6. Perasaan lelah atau kehilangan kekuatan hampir setiap hari
7. Perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang berlebihan atau tidak wajar (bisa merupakan delusi) hampir setiap hari
8. Berkurangnya kemampuan untuk berpikir atau berkonsentrasi, atau sulit membuat keputusan, hampir setiap hari ditandai oleh laporan subjektif atau pengamatan orang lain.
9. Berulang kali muncul pikiran akan kematian (bukan hanya takut mati), berulang kali muncul pikiran untuk bunuh diri tanpa rencana yang jelas, atau usaha bunuh diri atau rencana yang spesifik untuk mengakhiri nyawa sendiri

Gejala – gejala tersebut juga harus menyebabkan gangguan nyata dalam kehidupan sosial, pekerjaan atau area penting dalam kehidupan seseorang, dengan kata lain telah mengganggu kualitas hidup penderita.

Gangguan Kecemasan (ansietas)

Kebanyakan orang sudah familiar dengan rasa cemas dan reaksi yang menyertainya, namun kecemasan patologis ditandai oleh rasa cemas dengan intensitas sedemikian rupa sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari.

Mereka yang menderita kecemasan yang berlebihan dapat mengalami perasaan khawatir terus menerus, atau seolah-olah selalu berada dalam kondisi tegang atau "di pinggir jurang".. Secara fisiologis, kecemasan memiliki sejumlah gejala, beberapa diantaranya meliputi: kegelisahan, ketegangan otot, sakit kepala, berkeringat, sulit berkonsentrasi, dan mual.

Ada berbagai jenis gangguan kecemasan, termasuk *Generalized Anxiety Disorder* (GAD), Gangguan panik, Fobia, Obsesif Kompulsif Disorder, *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) dan Gangguan Kecemasan karena kelainan organik.

Gangguan panik

Ciri utama dari gangguan panik adalah terjadinya serangan panik bersamaan dengan perasaan takut terjadinya serangan penyakit kembali. Orang yang menderita gangguan panik juga mungkin mengalami gejala agoraphobia (takut tempat publik) atau situasi di mana mereka pernah mengalami serangan panik dan tidak mampu untuk meninggalkan situasi tersebut atau mencari pertolongan. Hal ini dapat menciptakan siklus kecemasan yang berulang dan terus menerus. Sekitar 25% dari pasien dengan gangguan panik berlanjut menjadi gangguan obsesif-kompulsif (OCD).

Gejala gangguan panik meliputi :

1. Sebuah serangan, yang mendadak mencemaskan dan tiba-tiba tidak terkendali
2. Jantung berdebar-debar
3. Pusing
4. Sesak napas
5. Rasa berada di luar kontrol atau perasaan sangat menakutkan, dengan keinginan yang kuat untuk melarikan diri atau menghindari situasi sekaligus

Generalized Anxiety Disorder (GAD)

GAD adalah gangguan kecemasan yang paling sering didiagnosis dan terjadi paling sering pada orang lanjut usia. Orang dengan gangguan kecemasan ini menemukan diri mereka khawatir berlebihan untuk jangka waktu minimal enam bulan disertai oleh tiga atau lebih gejala fisik berikut: sakit kepala, gemetar, berkedut ringan, kesulitan berkonsentrasi, mual, kesulitan bernapas, berkeringat, perubahan nafsu makan, mudah terkejut, kesulitan menelan, sulit tidur, kegelisahan atau perasaan diambang kematian, ketegangan otot, kelelahan dan pemarah

Fobia Sosial

Orang dengan gangguan kecemasan ini memiliki ketakutan yang berakar dalam situasi di mana mereka dapat mengalami peristiwa yang menakutkan. Ada perasaan takut dipermalukan atau dihakimi. Fobia sosial dapat menurunkan kualitas hidup karena orang dengan penyakit ini mengalami kesulitan bergaul dan menjaga hubungan baik dengan orang lain. Penderita cenderung menarik diri dan menghindari kontak dengan orang lain. Gejala yang terlihat:

- Bersikap mudah membatalkan janji / peristiwa sosial pada menit terakhir
- Khawatir untuk melakukan suatu kegiatan baru
- Menghindari kontak dan interaksi dengan orang lain
- Menjadi sangat pemalu
- Sering merasa kecewa atau kesepian
- Khawatir selama sehari-hari atau berminggu-minggu tentang acara sosial yang akan datang
- Khawatir akan sikap menghakimi
- Memiliki rasa takut yang ekstrem berada dalam situasi yang memalukan
- Akan berusaha keras untuk menghindari situasi sosial

Gejala fisik yang sering menyertai kecemasan/fobia sosial antara lain:

1. *Blushing*
2. Berkeringat banyak

3. Gemetar
4. Mual
5. Kesulitan berbicara

Fobia lainnya:

Kekhawatiran terhadap suatu situasi atau kegiatan (fobia situasi misalnya takut terbang), bisa juga ketakutan terhadap hewan tidak berbahaya atau benda lainnya. Beberapa fobia spesifik lainnya seperti pada tempat-tempat tertutup dan sempit, ketinggian, eskalator, terowongan, mengemudi di jalan raya, air, terbang, anjing dan cedera yang melibatkan darah. Fobia lebih dari sekedar rasa takut yang ekstrem. Fobia adalah ketakutan irasional dari suatu hal tertentu atau situasi. Ketakutan yang tidak rasional ini, sering menemukan, menghadapi atau bahkan berpikir tentang menghadapi objek atau situasi yang menakutkan menyebabkan penderita mengalami serangan panik atau kecemasan berat.

Obsesif Kompulsif (OCD)

Orang yang menderita gangguan obsesif kompulsif selalu sibuk dengan pikiran yang mengganggu dan tidak diinginkan, meskipun tidak selalu, disertai dengan perilaku ritual yang tidak terkontrol yang menimbulkan kecemasan.

Obsesi umum meliputi:

1. Takut kotoran atau terkontaminasi oleh kuman
2. Takut menimbulkan kerusakan
3. Takut membuat kesalahan
4. Takut mengalami malu atau berperilaku diluar yang dapat diterima secara sosial
5. Takut terhadap pemikiran pikiran jahat atau berdosa
6. Ketat dengan aturan, kerapian yang berlebihan atau ketepatan waktu
7. Keraguan berlebihan dan butuh keyakinan yang konstan

Dorongan umum meliputi:

1. Berulang kali mandi atau mencuci tangan
2. Menolak untuk berjabat tangan atau menyentuh pegangan pintu
3. Berulang kali memeriksa hal-hal, seperti kunci atau kompor
4. Konstan dan tegas, ketika melakukan tugas rutin
5. Terus-menerus mengatur hal-hal dengan cara tertentu
6. Makan makanan dalam urutan tertentu
7. Menjadi terjebak pada kata-kata, gambar atau pikiran, biasanya mengganggu, yang tidak
8. hilang dan dapat mengganggu tidur
9. Mengulangi spesifik kata-kata, frase, atau doa-doa
10. Membutuhkan berkali-kali untuk melakukan tugas/ pekerjaan
11. Mengumpulkan atau menimbun barang yang tidak jelas nilainya.

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

Gangguan ini dapat timbul sebagai akibat peristiwa sangat menyedihkan atau traumatik. Tanda dan gejala gangguan stres pasca-trauma biasanya muncul dalam waktu tiga bulan dari peristiwa traumatik dan mencakup:

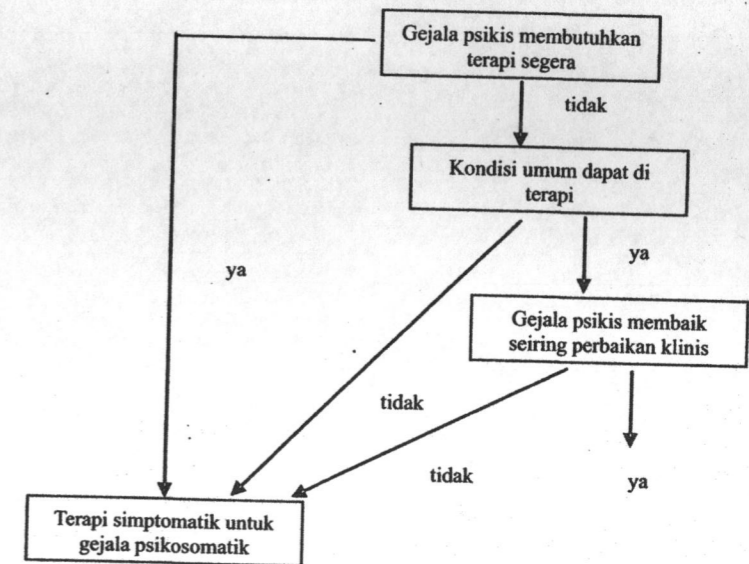
1. Kilas balik dan mimpi menyedihkan terkait dengan peristiwa traumatik
2. Distress bila teringat dengan peristiwa traumatik
3. Upaya untuk menghindari pikiran, perasaan dan kegiatan yang berhubungan dengan trauma
4. Berkurangnya partisipasi dalam kegiatan-kegiatan yang dulu merupakan kegiatan menyenangkan
5. Putus asa dengan masa depan, tidak ada harapan tentang karir kehidupan keluarga atau hidup
6. Fisik dan psikologis hipersensitivitas (setelah trauma) dengan setidaknya dua dari reaksi berikut: gangguan tidur, marah, sulit berkonsentrasi, respon kejut berlebihan terhadap kebisingan, dan reaksi fisiologis terhadap situasi yang mengingatkan tentang peristiwa traumatik. Reaksi-reaksi fisiologis mungkin termasuk peningkatan tekanan darah, detak jantung yang cepat, pernafasan cepat, ketegangan otot, mual dan diare.

Tata Laksana

Penatalaksanaan gangguan psikosomatik pada usia lanjut bertumpu kepada kepastian diagnosis, apakah gangguan emosional yang diperlihatkan merupakan kelainan primer ataukah komorbiditi. Pada gambar 2 diperlihatkan langkah yang dapat dijadikan pedoman dalam menatalaksana gangguan psikosomatik.

Pengobatan dengan psikofarmaka dimulai dengan melihat apakah masalah psikologis yang dihadapi emergensi untuk diterapi atau tidak. Apabila diputuskan tidak emergensi untuk diobati segera, maka untuk langkah berikutnya perlu dinilai apakah penyakit dasar yang diderita oleh penderita bisa di terapi atau tidak. Apabila penyakit dasar yang diderita merupakan penyakit yang bisa diobati, maka fokus pengobatan dioptimalkan kepada upaya perbaikan dari penyakit dasar tersebut, karena dengan membaiknya penyakit dasar tersebut maka gejala atau gangguan psikosomatik penderita dapat terkoreksi.

Namun adakalanya pengobatan simptomatik diperlukan, seperti pemberian alprazolam pada gangguan panik. Hal ini disebabkan oleh karena pengobatan simptomatik tersebut mampu memperbaiki penampilan klinis penderita dan menimbulkan keyakinan dan kepercayaan diri, disamping memperkuat motivasi untuk sembuh. Jadi pada akhirnya keputusan untuk mengobati gangguan psikosomatik pada usia lanjut dengan berbagai kondisi penyakit dasar memerlukan pertimbangan klinis yang tepat dan matang.



Gambar 2. Algoritma tata laksana umum gangguan psikosomatik pada multipatologi

Antidepresan yang relatif aman pada geriatri yang mengalami depresi adalah golongan *Selective Serotonin Receptor Inhibitor* (SSRI) atau *Selective Serotonin Receptor Enhancer* (SSRE). Sebaiknya dihindari penggunaan rangsangan simpatis dan memberikan efek merugikan pada penderita usia lanjut yang sebagian besar mempunyai penyakit kronik terutama gangguan di sistem kardiovaskuler.

Prognosis

Pada dasarnya prognosis penderita usia lanjut yang mengalami gangguan psikosomatik adalah baik. Kelemahan klinisi dalam menggali gangguan psikosomatik pada pertemuan pertama atau di awal pemeriksaan menjadi salah satu faktor yang berkontribusi mempengaruhi prognosis untuk perjalanan penyakit penderita. Pelayanan kesehatan di tingkat primer menjadi ujung tombak pengenalan gangguan psikosomatik pada usia lanjut, sehingga diharapkan penderita usia lanjut akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik, dalam keadaan sehat maupun sakit.

Kepustakaan

- Alvarenga ME, Richards JC, Lambert G, Esler MD, 2006. Psychological mechanism in panic disorder; A correlative analysis of Noradrenaline Sellover, Neuronal Noradrenaline reuptake power spectral analysis of heart rate variability and psychological variable. *Psychosomatic medicine* ; 68:8-16
- Avari NP, Mosalanejad L, Ramezanli S, Ghavi F, 2014. Menopause and crisis? Fake or real: comprehensive search to the depth of crisis experienced: A mixed-method study. *Global Journal of Health Science*; Vol. 6, No. 2
- Boeree, C. George. 2008, *General Psychology*; Psikologi kepribadian, persepsi, kognisi, emosi dan perilaku. Editor Abdul Qodir Shaleh, Aziz Safa. Primasophie, Jogjakarta: 355-401
- Dagnelie G, 2013, *Age-related psychophysical changes and low vision*. *Invest Ophthalmol Vis Sci*; 54: 88-93.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004. Data Prevalensi Depresi di Dunia dan Di Indonesia. Available at: www.depkes.go.id. Accessed: November 7, 2010
- First, Michael B, Tasman, Allan, 2006, *Clinical guide to the diagnosis and treatment of mental disorder*. Edited by Michael B First, Allan Tasman. John Wiley & Sons, Ltd :109-12
- Lydiard RB, Brawman-Mintzer O, 1998. Anxious depression. *J Clin Psychiatry*. ; 59 (suppl18): 10-17
- Naomi M. Simon, MD; Jerrold F. Rosenbaum, 2003. *MD Psychiatry & Mental Health* 8(1).

PERAN ANTIOKSIDAN DAN GANGGUAN KOGNITIF PADA LANJUT USIA*Nur Indrawaty Lipoeto*

Bagian Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Padang

Latar Belakang

Peningkatan jumlah lanjut usia di Indonesia sangat pesat dibandingkan dengan negara lain di dunia, dari 7,18 persen pada tahun 2000 menjadi 9,77 persen di tahun 2010 dan akan meningkat menjadi 11,34 persen di tahun 2020. Pada tahun 2010, proporsi lanjut usia menyamai proporsi jumlah balita. Dengan proporsi yang demikian besar, adalah menjadi tujuan utama semua orang yang akan beranjak menjadi tua untuk dapat menjadikan hidup pada lanjut usia adalah hidup yang berkualitas. Peningkatan jumlah tersebut sudah seharusnya diikuti dengan kualitas hidup yang baik. Lanjut usia yang berkualitas adalah lanjut usia yang berbahagia, tidak membebani anggota keluarga lainnya serta sedapat mungkin masih produktif (Bappenas, 2007).

Lanjut usia seringkali diiringi dengan gangguan neurodegeneratif baik yang ringan hingga yang berat seperti Parkinson atau Alzheimer. Penyebab gangguan ini multifaktor yang meliputi inflamasi, neurotoksisitas glutamatergik, peningkatan zat besi dan nitrit oksida, deplesi antioksidan endogen, berkurangnya ekspresi faktor trofik, disfungsi system ubiquitin-proteasom dan ekspresi protein proapoptopik yang mematikan syaraf. Sehingga telah menjadi tujuan sangat mendasar dari penelitian dibidang neurodegeneratif untuk mencari penyebab utama, urutan penyebab serta apakah semua penyebab saling berkaitan satu sama lain. Telah menjadi kesepakatan bahwa obat yang bekerja hanya untuk satu target saja tidaklah efektif. Diantara beberapa teori tentang proses penuaan dan neurodegeneratif, teori peningkatan radikal bebas adalah salah satu yang menonjol. Beberapa antioksidan seperti katekin, yang semula diperkirakan hanya berfungsi sebagai *scavenger* radikal bebas telah dibuktikan mempunyai mekanisme aksi berspektrum seluler untuk aktifitas