



PERHIMPUNAN GERONTOLOGI MEDIK INDONESIA
(PERGEMI)
CABANG PADANG



SYMPOSIUM & WORKSHOP

PGM-IV

PADANG GERIATRIC MEETING IV

**"The Role of Palliative Care in Comprehensive
Management of Geriatric Patients"**

SERTIFIKAT

Diberikan kepada :

dr. Arina Widya Murni, SpPD KPsi

atas partisipasinya sebagai

PEMBICARA

SKP IDI NO. 483/IDI-WIL-SB/SK/VII/2016

PESERA 4 SKP; PEMBICARA 8 SKP; MODERATOR 2 SKP; PANTIA 1 SKP

Sabtu, 6 Agustus 2016, Aula Lantai IV RSUP. DR. M. Djamil - Padang

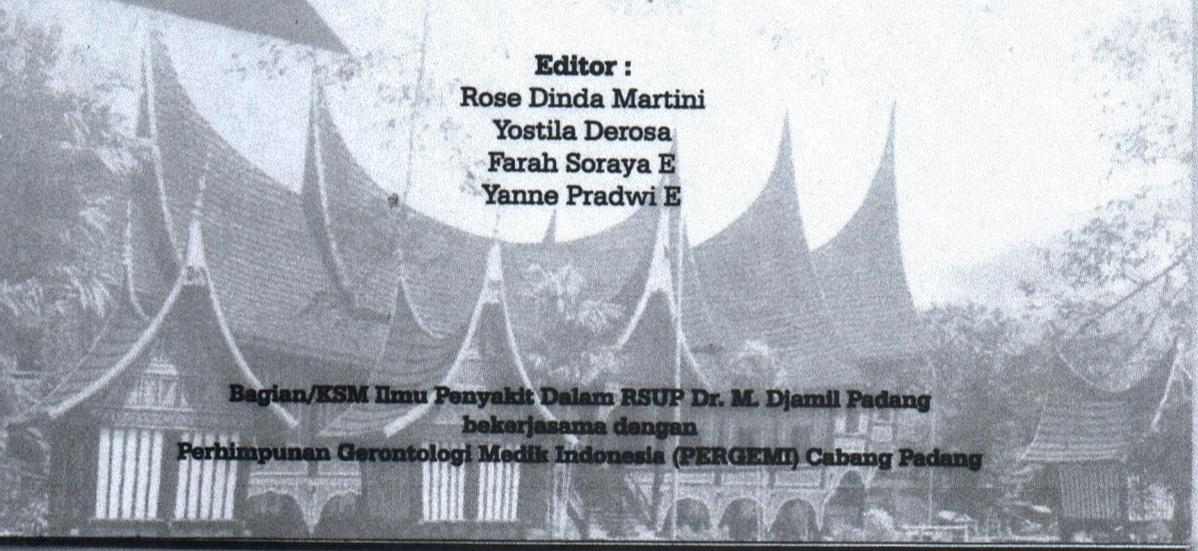
dr. Rose Dinda Martini/Sp.PD K-Ger FINASIM
Ketua Panitia/Ketua Pergemi Cab. Padang



The Role of Palliative Care in Comprehensive Management of Geriatrics Patient

Editor :
Rose Dinda Martini
Yostila Derosa
Farah Soraya E
Yanne Pradwi E

Bagian/KSM Ilmu Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang
bekerjasama dengan
Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia (PERGEMI) Cabang Padang



KULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS

Penyusun : Rose Dinda Martini, Yostila Derosa, Farah Soraya E., Yanne Pradwi E.

Koordinator penerbitan : Rose Dinda Martini
Pelaksana : Yostila Derosa

2016 Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK Universitas Andalas
Dr. M. Djamil Padang *bekerjasama dengan*
Himpunan Gerontologi Medik (Pergemi) Cabang Padang

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

16 x 21 cm

BN 978-602-1332-12-2

Tidak diperbolehkan untuk diperjualbelikan, dicetak, dan diterbitkan sebagian atau seluruh buku ini
dengan cara dan dalam bentuk apapun tanpa seizin penulis dan penerbit.

KATA PENGANTAR

SAMBUTAN KETUA PANITIA PADANG GERIATRIC MEETING (PGM) IV

Assalamu'alaikum Warohmatullahi Wabarokatuh.

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah Subhanahuwata'ala kita sangat berbahagia dengan terbitnya buku symposium Padang Geriatri Meeting IV (PGM IV): "*The Role of Palliative Care in Comprehensive Management of Geriatrics Patient*", yang diselenggarakan oleh Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia (PERGEMI) cabang Padang bekerjasama dengan Subbagian Geriatri Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK Unand/RSUP MDjamil Padang.

Masalah geriatri mempunyai kekhasan tersendiri yang harus dipahami. Usia lanjut bukanlah hanya sekedar seorang dewasa yang menjadi tua, tetapi mempunyai karakteristik khusus yang multikompleks. Masalah penyakit kronik degeneratif, psikososial, penurunan fungsi kognitif, asupan makan/minum berkurang, penurunan status fungsional merupakan karakteristik pasien geriatri harus dikaji oleh seorang dokter secara paripurna. Pada akhirnya pasien geriatri dengan berbagai penyakit (multipatologi) sampai pada suatu tahap yang harus menjalani pelayanan "palliative care".

Diharapkan dengan membaca buku ini banyak manfaat yang didapat, khususnya dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan dalam bidang Ilmu Penyakit Dalam, terutama dalam meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat khususnya pasien geriatri.

Kepada para pembicara dan penulis kami haturkan penghargaan dan terima kasih karena telah dapat meluangkan waktu, tenaga serta pikiran sehingga dapat memberikan kontribusi dalam penyusunan buku PGM IV. Semoga kontribusi penulis merupakan ilmu yang bermanfaat sehingga menjadi amal ibadah yang pahalanya selalu mengalir.

Terima kasih disampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung simposium dan pembuatan buku PGM IV sehingga dapat berlangsung dengan baik. Semoga Allah SWT meridhai kegiatan ini.

Ketua Panitia

dto.

dr. Rose Dinda, SpPD, KGer, FINASIM

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Nama Penyumbang Tulisan	v
Daftar Isi	vii
TATALAKSANA DIABETES MELLITUS PADA GERIATRI	1
<i>Eva Decroli</i> Subbagian Endokrin Metabolik Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK-Unand/RSUP Dr. M. Djamil Padang	
ASPEK PSIKOSOMATIS PASIEN DIABETES	8
<i>Arina Widya Murni</i> Subbagian Psikosomatis Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK-Unand/RSUP Dr. M. Djamil Padang	
INFEKSI SALURAN NAFAS PADA GERIATRI	16
<i>Fauzar</i> Subbagian Paru Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK-Unand/RSUP Dr. M. Djamil Padang	
GANGGUAN BERKEMIH PADA GERIATRI	22
<i>Drajad Priyono</i> SubBagian Ginjal Hipetensi Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK-Unand/RSUP Dr. M. Djamil Padang	
TATALAKSANA TERKINI INFEKSI SALURAN KEMIH PADA GERIATRI	36
<i>Harnavi Harun</i> Subbagian Ginjal Hipertensi Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK-Unand/RSUP Dr. M. Djamil Padang	
MASALAH MULTIPATOLGI PADA PASIEN GERIATRI	42
<i>Rose Dinda Martini</i> Subbagian Geriatri Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK-Unand/RSUP Dr. M. Djamil Padang	

ASPEK PSIKOSOMATIK PADA DIABETES MELITUS

Arina Widya Murni

Sub Bagian Psikosomatik Ilmu Penyakit Dalam FK Unand/
RS.dr .M Djamil Padang

PENDAHULUAN

Diabetes Mellitus adalah penyakit kronik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah yang menimbulkan kerusakan berbagai organ tubuh dan sering menyebabkan kematian karena komplikasi yang terjadi. Diabetes Melitus Tipe 2 merupakan kelompok diabetes yang paling banyak ditemukan di masyarakat.

Diabetes Melitus Tipe 2 didahului oleh periode / masa tertentu yang memperlihatkan gangguan regulasi glukosa yang dikenal dengan istilah periode prediabetes. Periode ini merupakan periode penting untuk mencegah terjadinya Diabetes Melitus Tipe 2 dengan cara perubahan gaya hidup dan intervensi farmakologi . Pada saat ini faktor psikologis mulai dilirik sebagai faktor yang juga berperan untuk mempercepat timbulnya onset Diabetes Melitus Tipe 2. Mekanisme yang diduga berperan untuk hal tersebut adalah perilaku hidup yang tidak sehat, peningkatan berat badan, disregulasi aksis Hipotalamo Adrenal, overaktifitas dari sistem syaraf simpatis dan meningkatnya inflamasi kronik, yang kesemua hal tersebut mempengaruhi regulasi metabolisme glukosa.

Penderita diabetes diperkirakan meningkat dari 366 juta pada tahun 2011 menjadi 552 juta penderita pada tahun 2030. Depresi adalah gangguan psikosomatik yang paling sering dan gangguan mood yang serius sebagai salah satu penyebab terjadinya disabilitas derajat sedang sampai berat. Risiko terjadinya depresi lebih tinggi pada penderita Diabetes Melitus tipe 2 dibandingkan dengan penderita non diabetes. Depresi menjadi faktor risiko independen untuk perkembangan kejadian diabetes.

Prevalensi gangguan depresi mayor pada penderita Diabetes Melitus tinggi sekitar 15,7%, terutama yang memiliki usia berkisar $57,8 \pm 15,1$,

dengan faktor risiko yang berperan adalah usia onset terdiagnosis Diabetes lebih muda, masa menderita Diabetes lebih lama dan terdapat riwayat depresi sebelumnya.

Terdapat hubungan timbal balik (*bidirectional*) antara diabetes dan depresi dalam mekanisme patofisiologinya. Stres atau gangguan mood / depresi dapat mempengaruhi regulasi glukosa dan hormon kortisol . Sebaliknya penderita diabetes yang mengalami depresi , akan mengalami perburukan kontrol gula darah, peningkatan risiko komplikasi makro dan mikrovaskular. Depresi juga akan mempengaruhi kepatuhan berobat, memperburuk perjalanan penyakit , penurunan kualitas hidup, kegagalan perilaku hidup sehat, gangguan regulasi diet dan penurunan aktifitas fisik serta meningkatkan angka kematian penderita diabetes. Pemahaman lebih dini terhadap komorbiditas depresi pada Diabetes menjadi prioritas dalam menatalaksana Diabetes melitus yang komprehensif.

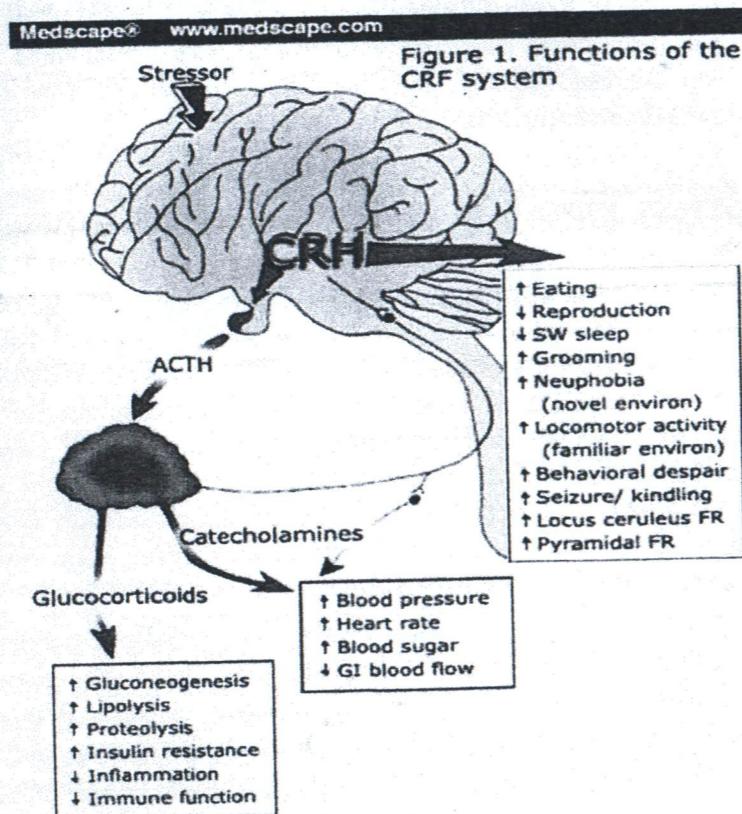
PERAN STRESS PSIKOLOGIS PADA SINDROMA METABOLIK DAN DIABETES

Diabetes Melitus adalah penyakit yang berjalan kronis dan membutuhkan perawatan yang berkelanjutan. Komorbiditas depresi pada penderita diabetes sering ditemukan dalam praktek sehari-hari. Adanya depresi/distres psikologis dapat berpengaruh negatif terhadap pencapaian kontrol gula darah yang ditargetkan sehingga mempengaruhi munculnya kejadian komplikasi. Penelitian di Kanada membuktikan bahwa faktor risiko yang penting untuk terjadinya depresi pada diabetes adalah jenis kelamin wanita , terkena diabetes di usia muda, status sosio ekonomi yang jelek, riwayat gangguan mental sebelumnya seperti ansietas dan demensia.

Stres yang berkepanjangan dapat menyebabkan terjadinya perubahan fisiologis yang dapat menimbulkan gangguan fisik. Orang yang khawatir atau sedih berkepanjangan lebih rentan terhadap penyakit fisik atau psikosomatis . Stres dapat menyebabkan perubahan biokimia yang dikontrol secara sentral melalui dua jalur simpato adrenal medulari dan Hipotalamo pituitary adreno aksis. Kedua aksis ini akan mengaktifasi hipotalamus mengeluarkan *Corticotropin Releasing Factor* ke dalam sistem hypophysial-pituitary-portal dan kemudian mencetuskan pelepasan *Adreno Corticotropin*

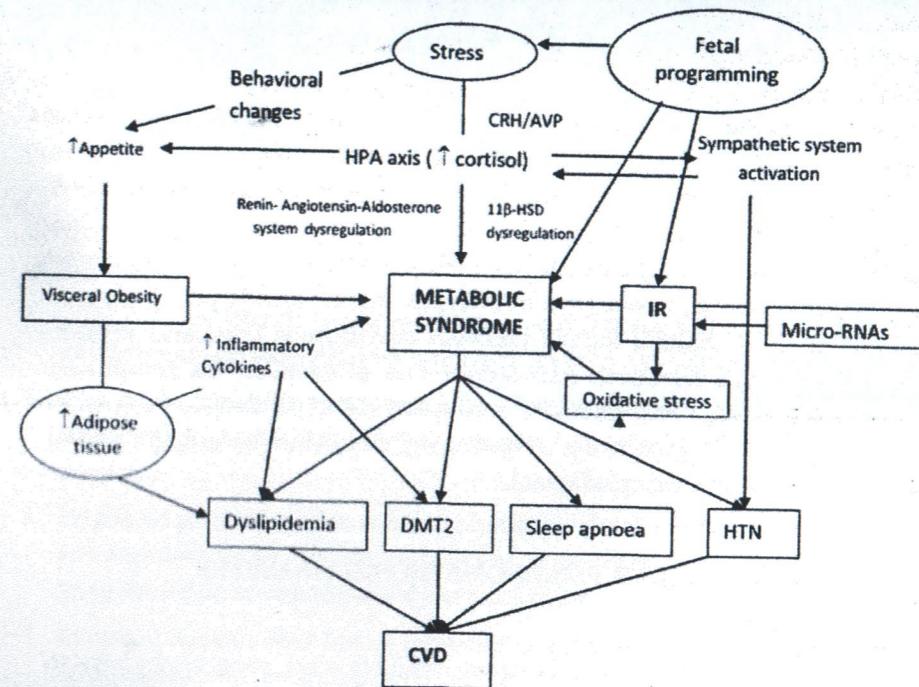
Hormone yang merangsang pembuatan dan pelepasan glukokortikoid di korteks adrenal. Perubahan ini akan mempengaruhi fungsi fisiologis tubuh termasuk tekanan darah, sistem pernafasan, volume oksigen yang dikonsumsi dan perubahan denyut jantung serta regulasi gula darah.

Walaupun insulin resisten dan obesitas menjadi patofisiologi utama terjadinya metabolik sindrom, namun faktor lain seperti dislipidemia, disregulasi aksis HPA, reaksi proinflamasi dan stress oksidatif pada sel dapat terlibat dan berperan penting dalam patogenesis metabolik sindrom tersebut. Selain hal tersebut, pola makan yang tidak baik dan gaya hidup yang tidak sehat berhubungan dengan obesitas dan insulin resisten.



Gbr 1. Hubungan stress dan metabolik sindrom (fungsi sistem corticotrophin releasing factor)

Stresor akan mempengaruhi berbagai perilaku seseorang dan secara biologis akan mempengaruhi fungsi tubuh melalui aktifitas otonom dan merubah biokimawi tubuh seperti glukoneogenesis, lipolisis dan inflamasi serta sistim imun. Perpaduan dari berbagai reaksi tubuh ini akan memicu terjadinya diabetes mellitus terutama pada individu yang rentan seperti yang memiliki riwayat keluarga, gaya hidup yang tidak sehat, aktifitas fisik yang kurang dan memiliki gangguan psikologis sebelumnya (gbr 1).



Gbr 2. Skematik implikasi klinis dari patofisiologi metabolik sindrom dan interaksi antara faktor potensial yang mempengaruhinya.

IR: Insulin Resistance; HTN: Hypertension; HPA axis : Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis; DMT2: Diabetes Mellitus type 2; CVD: Cardiovascular disease; CRH: Corticotropin Releasing Hormone; AVP: Arginine Vasopressin.

Stres psikologis yang dapat dipengaruhi oleh faktor genetik atau kepribadian dapat mempengaruhi perilaku seseorang dan hormon melalui

aktivasi HPA aksis. Disamping hormon aktivasi HPA aksis juga akan berpengaruh terhadap susunan saraf otonom dan memicu terjadinya disregulasi hormone kortisol dan rennin angiotensin. Disregulasi ini lah yang dapat menerangkan terjadinya diabetes dan hipertensi pada paparan stress yang lama, termasuk juga gangguan metabolik lainnya seperti dislipidemia, dan obesitas (gbr 2).

Terdapat dua hipotesis tentang hubungan depresi dan diabetes . Hipotesis pertama adalah depresi dapat terjadi akibat perubahan biokimia diabetes. Hipotesis kedua menyatakan bahwa depresi terjadi akibat faktor psikososial atau faktor psikologis yang berhubungan dengan gejala klinis diabetes , pengobatan dan komplikasi dari penyakit. Hipotesis 1 dapat dibuktikan dengan ditemukannya tingginya kejadian depresi pada tahun pertama diabetes diketahui., dijumpai bahan biologi yang sama pada depresi dan diabetes, seperti kortisol, epinefrin dan serotonin dan depresi makin meningkat dengan adanya komplikasi pada penderita diabetes. Hipotesis ke 2 diperlihatkan dengan seringnya ditemukan depresi terjadi akibat tekanan penderitaan yang dialami karena penyakit berlangsung lama atau kronik, masih terdapatnya kesulitan beradaptasi bila ditemukan ada komplikasi diabetes, ditemukan ketidakmampuan adaptasi akibat pandangan yang salah terhadap penyakit, kurangnya dukungan sosial dan belum terlatihnya pasien dalam memperkuat strategi adaptasi.

PENANGANAN MASALAH PSIKOSOMATIK PADA DIABETES

1. Terapi Farmakologi

Terapi gangguan psikosomatis dalam keadaan akut, yang utama adalah terapi medis/ obat. Pada umumnya pemberian antianxietas dan antidepresan bersamaan dengan farmakoterapi untuk penyakit dasarnya sangat membantu. Pada keadaan kronis, atau bila tidak responsif terhadap terapi medis, harus dilakukan evaluasi psikosomatik bersamaan dengan terapi medisnya.

Terapi gangguan psikosomatis harus selalu memperhatikan dengan serius gejala nonpsikiatrik dan menggunakan obat-obatan yang sesuai, bila ditemukan gejala psikotik, maka rujukan atau konsultasi dengan bagian yang terkait sangat dianjurkan. Penggunaan antipsikotik, anti ansietas ataupun

antidepresan memerlukan kewaspadaan terhadap efek samping dan pengaruhnya terhadap penyakit dasarnya. Antianxietas mampu menghilangkan kekhawatiran yang membahayakan selama periode stres akut, sebaiknya di gunakan dalam jangka waktu yang pendek untuk menghindari ketergantungan tetapi jangan ragu memberikan jika obat tersebut dibutuhkan. Antidepresan dapat digunakan bila didapatkan komorbiditas depresi pada penyakit dasar yang dimiliki pasien seperti diabetes. *Selective serotonin reuptake inhibitors* dapat membantu dan lebih aman pada penderita Diabetes dengan komorbiditi depresi. Pemberian psikotropika sangat membutuhkan pemantauan yang ketat oleh dokter untuk memantau efek terapi dan efek samping obat, komplikasi terapi dan penentuan waktu penghentian pemberian obat tersebut . Menghentikan obat psikotropika dalam waktu cepat akan lebih baik.

Dalam pemilihan obat psikotropika perlu memperhatikan beberapa aspek sebagai berikut

1. Efek atau pengaruh pada masalah klinis, terutama perbaikan keluhan dan ketenangan yang didapatkan pasien karena pemakaian obat tersebut.
2. Efek pada penyakit yang mendasari, perbaikan kadar gula darah akan memberikan perbaikan pada gangguan psikosomatik yang dirasakan oleh pasien.
3. Implikasi gambaran efek samping harus selalu di pantau, beberapa obat antidepresan tidak disarankan karena akan memeberikan efek samping yang berat dan mempengaruhi penyakit dasar.
4. Interaksi dengan obat untuk penyakit dasar yang diderita pasien, seperti antidiabetik oral, antihipertensi dan lain-lain.
5. Pemberian obat secara oral atau parenteral, perlu menjadi pertimbangan dalam pengobatan.
6. Memperhatikan fungsi hati atau ginjal dan dosis obat yang diberikan. Adanya gagal ginjal memerlukan penyesuaian dosis dan pemilihan obat yang tepat.
7. Salah satu yang sangat menentukan keberhasilan pengobatan adalah kepatuhan pasien dalam melanjutkan pengobatan mandiri. Pasien diabetes memerlukan pengobatan jangka lama untuk penyakit dasarnya,

bahkan bisa untuk seumur hidup. Pengobatan depresi dan gangguan psikosomatik lainnya menjadi sangat berperan dalam meningkatkan kepatuhan berobat.

2. Psikoterapi

Pasien psikosomatik sering terlibat dalam pola pikir yang salah dan situasi stres yang berulang dan terkadang pasien tidak menyadarinya. Dokter diharapkan mampu membantu, mengenali dan mengarahkan pasien ke pola pikir dan perilaku yang lebih sehat karena akan sangat bermanfaat terutama untuk menambah kepatuhan berobat dan tercapainya target normoglikemi yang diharapkan. Psikoterapi pada pasien yang menderita penyakit medis harus menyesuaikan dengan kebutuhan pasien (psiko-edukasi, relaksasi, hipnosis, imajinasi, CBT, terapi ekspresif-suportif), bila dibutuhkan kombinasikan teknik yang ada dengan terapi individu maupun terapi kelompok. Pasangan atau keluarga pasien perlu dilibatkan dalam pengelolaan penyakit dasar dan depresi yang dialami. Dukungan keluarga menjadi faktor yang sangat penting dalam memperkuat kemauan berobat dan kemampuan adaptasi terhadap penyakit dasar yang diderita pasien.

Psikoterapi yang diberikan harus mempertimbangkan kemampuan penyesuaian atau adaptasi pasien terhadap penyakitnya. Terapi suportif dan Terapi Kognitif-Perilaku (CBT) dapat dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi gejala, mengidentifikasi atau mengubah pikiran dan perasaan yang berperan dalam strategi koping yang mal adaptif, memperkuat dukungan sosial, mengembangkan kemampuan strategi adaptasi/koping yang adekuat, menghilangkan ketakutan akan komplikasi penyakit dan kematian dan mengajarkan tentang relaksasi dan manajemen stress.

KESIMPULAN

1. Diabetes Melitus merupakan penyakit kronik yang bisa memiliki komorbiditas dengan gangguan psikosomatik terutama depresi.
2. Mekanisme patofisiologinya memperlihatkan hubungan timbal balik / *bidirectional* antara depresi dan terjadinya diabetes dan diabetes dengan komplikasinya yang menimbulkan terjadinya depresi.

3. Komorbiditi depresi (gangguan psikosomatik) pada diabetes dapat mempengaruhi progresifitas penyakit dasarnya dan mengurangi kepatuhan dan memperburuk perjalanan penyakit serta penurunan kualitas hidup bahkan mempertinggi angka kematian.
4. Penanganan depresi / gangguan psikosomatik pada diabetes seyogyanya komprehensif dan holistic, mulai dari terapi farmakologi dan psikoterapi yang bertujuan meningkatkan mekanisme adaptasi dan meningkatkan kemampuan manajemen stress.

Referensi

1. Hashim NA, Ariaratnam S, Salleh MR, Said MA, Sulaiman AH. Depression and Associated Factor in Patients with type 2 Diabetes Melitus. East Asian Arch Psychiatry, 2016 Jun; 26(2):77-82
2. Virtanen M, Ferrie JE, Tabak AG, Akbaraly TN, Vahtera J et al. Psychological Distress and Incidence of Type 2 Diabetes in High Risk and low Risk Population : The Whitehall II Cohort Study. Diabetes Care, volume 37, August 2014 ; 2091-97
3. Syamsulhadi M, Mind - Body Connection: Enhancing health and Comfort. Prosiding PNI simposium, Solo 2013
4. Lunghi C, Moisan J, Gregoire JP, Guenette L. Incidence of depression and associated factors in Patients with type 2 diabetes in Quebec, Canada. Medicine vol 95, no 21, 2016; 1-10
5. Bhattacharya R, Shen C, Wachholtz AB, Dwibedi N, Sambamoorthi U. Depression treatment decreases healthcare expenditure among working age patients with comorbid condition type 2 diabetes mellitus along newly diagnosed depression. BMC Psychiatry ; (2016) 16 : 247
6. Chew BH, Sidik AM, Ghazali SS. Negative effects of diabetes-related distress on health - related quality of life : an evaluation among the adults patients with type 2 diabetes mellitus in three primary healthcare clinics in Malaysia. Health and Quality of Life Outcomes (2015) 13: 187