

REHABILITASI PASIEN USIA LANJUT

Aguswan*

Abstrak

Rehabilitasi usia lanjut difokuskan terhadap dua populasi. Yaitu usia lanjut yang akan menjadi cacat dan orang cacat yang akan menjadi usia lanjut.

Abstract

Geriatric rehabilitation focuses primarily on two population. Elderly who become disabled and disabled who become elderly

Selectus ipsa est morbus, sebuah prinsip kuno Romawi yang berarti usia lanjut itu sendiri adalah suatu penyakit, merupakan gambaran suatu kepesimisan. Sekarang prinsip ini tidak lagi dianut. Sebab usia lanjut itu sendiri bukan merupakan suatu penyakit atau kecacatan. Penyakit pada usia lanjut cenderung bersifat multipel, berjalan kronis, yang bisa menimbulkan kecacatan.

Kemajuan dibidang teknologi sangat mempengaruhi kemajuan ekonomi negara berkembang (sebelum krisis ekonomi) yang juga berpengaruh positif terhadap kesehatan dan fungsi fisik manusia, demikian juga terhadap kesehatan usia lanjut.

Penelitian Brotman dan Delisa memperlihatkan bahwa populasi yang berusia diatas 65 tahun, dua kali lebih banyak mengalami kecacatan, empat kali untuk keterbatasan aktifitas, 42 % lebih sering mengunjungi dokter, dua kali lebih banyak dirawat di rumah sakit dan waktu perawatan 50 % lebih lama dibandingkan dengan populasi dibawah 65 tahun. Bila dianalisa secara "cost benefit" seperti upaya jasa dan industri lainnya, maka biaya ini diperhitungkan dengan hasil program rehabilitasi medik yang mempunyai efek terhadap kehidupan pasien. Hal yang harus diperhatikan adalah efisiensi ekonomis dan efisiensi manusia.

$$\text{Efisiensi ekonomis} = \frac{\text{Hasil yang diperoleh}}{\text{Investasi}} = \frac{(P + C_{sr} + C_{pt}) T - C_r}{C_r}$$

* Dibacakan pada Simposium Gerontologi Medik di Padang, tanggal 8 Mei 1999

** SMP Rehabilitasi Medik RSU DR M Djamil Padang

Dimana :

P = Produktifitas kerja

Csr = Biaya pelayanan kesehatan + Pemeliharaan tanpa rehabilitasi

Cpr = Biaya pelayanan kesehatan + Pemeliharaan sesudah rehabilitasi

Cr = Biaya rehabilitasi

T = Waktu sisa hidup dalam tahun

$$\text{Efisiensi Manusia} = \frac{\text{Kegiatan yang dilakukan}}{\text{Kegiatan Optimal}}$$

Efisiensi manusia dan efisiensi ekonomis semakin bertambah usia akan semakin berkurang.

Demografi usia lanjut

Pada awal abad ke XX setiap 25 orang Amerika mencapai usia lanjut (didefinisikan sebagai yang berusia lebih dari 65 tahun). Tahun 2030 diperkirakan menjadi setiap 5 orang. Tahun 1989 populasi ini berjumlah 25 juta orang (11 %) dan dalam 5 dekade akan menjadi 64 juta orang (21 %).

Karena perkembangan yang pesat dari populasi yang berusia 65 tahun, maka kini terdapat populasi diatas 75 tahun yang didefinisikan sebagai old-old. Banyak yang menyebutnya sebagai lanjut usia yang lemah, yang akan meningkatkan prevalensi kecacatan dan konsumsi pelayanan kesehatan. Sementara itu 39 % dari usia lanjut diatas 75 tahun pada tahun 1980 akan menjadi 50 % pada tahun 2000. Yang lebih impresif lagi ialah usia lanjut diatas 85 tahun (oldest-old) akan menjadi 16 juta tahun 2050 dari yang 2,3 juta orang tahun 1989.

Setiap harinya ada 5200 orang yang berulang tahun ke 65 di Amerika, sedangkan yang meninggal 3600 orang. Jadi pertambahan penduduk yang berusia 65 tahun 1600 orang per hari. Dalam sebuah mingguan tahun 1997 dikatakan bahwa saat ini di Amerika terdapat sekitar 61.000 orang yang berusia diatas 100 tahun dan pada tahun 2020 jumlah ini akan menjadi 250.000 orang.

Dalam Indonesia dilaporkan oleh Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional bahwa pada Propinsi Bali, Jawa-Barat dan Sumatera Barat banyak ditemukan orang usia lanjut.

Mitos usia lanjut

Ada berbagai mitos tentang usia lanjut. Diantaranya ada mitos yang mengatakan bahwa kebanyakan usia lanjut tinggal di Panti Jompo, tetapi setelah dihitung ternyata ini hanya 5 %. Dikatakan juga bahwa mereka tidak berminat dalam masalah seksual. Secara

majoritas usia lanjut masih mempunyai hasrat terhadap aktivitas seksual, meskipun terdapat penurunan kemampuan fisiologis.

Sebagian dari mereka ingin tinggal menyendiri dan sebagian lagi ingin tetap berkumpul dengan anak-anaknya. Konsep lain mengatakan bahwa terdapat penurunan yang progresif dari inteligensianya. Yang menurun adalah aspek fluid intelektual, sedangkan aspek kristal intelektual tetap utuh. Kemampuan untuk belajar tetap ada tetapi kecepatan menerima pelajaran menurun.

Mitos lainnya adalah bahwa semua usia lanjut akan menjadi sakit dan tergantung pada orang lain dalam aktifitas kehidupan sehari-harinya. Tapi nyatanya pada kelompok usia 85 tahun hanya 40 % yang membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan pekerjaan rumah tangga dan aktifitas kehidupan sehari-harinya.

Banyak lagi mitos-mitos lain seperti yang berlagak sebagai orang yang masih muda, emosional atau stress dengan telah mulai berkurangnya teman sebaya yang telah meninggal dunia, merasa terasing dari keluarga dan anak-anak.

Rehabilitasi pada usia lanjut

Proses usia lanjut yang normal adalah penurunan yang tidak tampak dan berangsur-angsur dari kemampuan sistem organ dan kontrol homeostatik yang relatif benigna bila tidak ada penyakit. Kemampuan sistem organ bisa terlihat diwaktu terjadi stress dan pengembahan tenaga yang berlebihan. Sedangkan penurunan kontrol homeostatik internal dengan kurangnya sistem termoregulator dan kepekaan baro-reseptor contohnya mudah kena hipo atau hipertermia dengan perubahan suhu, atau hipotensi orthostatik dengan perubahan posisi.

Pada usia lanjut yang cacat secara fisik cenderung untuk terisolasi kehidupan sosialnya, yang dapat membulkan eksaserbas terhadap kesihatannya, defisit fungsional serta masalah mental (khususnya depresi). Hal ini akan bertambah buruk dengan adanya lingkaran setan depresi, dengan penurikan diri, kemampuan fungsional berkurang, mal-nutrisi, dan pengaruh efek obat. Malangnya ketergantungan ini sering berkembang akibat lingkungan. Bila dirawat di rumah sakit, fokus perawatan adalah untuk pengobatan penyakitnya, jarang yang bersifat mendidik atau mendorong untuk dapat merawat diri sendiri.

Untuk membuat preskripsi terapeutik yang tepat yang merupakan kunci keberhasilan program rehabilitasi, mesti didasarkan analisa yang tepat dari keterbatasan pasien, seperti kapasitas aerobik, kekuatan otot, lingkup gerak sendi, gangguan fungsional. Barrier sosial dan budaya untuk menentukan jenis program atau aktifitas yang diberikan pun harus dipertimbangkan.

Persiapan aerobik merupakan bagian terpenting, karena kita mesti memikirkan toleransi latihan terutama bagi usia lanjut yang cacat. Pemeriksaan klinik dan ergometri pra latihan, anamnesa dan pemeriksaan fisik yang teliti, EKG, pemeriksaan fungsi paru, dan darah (untuk menyingkirkan anemia, penyakit thyroid, dan ketidak seimbangan elektrolit), serta EKG saat latihan perlu dilakukan.

Dengan melakukan latihan berkelompok motivasi usia lanjut dapat dikembangkan. Program-program formal untuk penguatan dapat menimbulkan masalah. Latihan penguatan yang formal ini tidak begitu diperlukan untuk mencapai sasaran kemampuan fungsional usia lanjut. Hal ini dapat dilakukan dengan menggabungkan latihan yang formal dengan kontek tugas-tugas fungsional. Contohnya untuk meningkatkan lingkup gerak sendi dengan latihan berpakaian, latihan aerobik dengan memberikan pertandingan-pertandingan yang cocok.

Preskripsi program rehabilitasi juga harus sesuai dengan kemampuan se-seorang. Untuk usia lanjut dengan kelainan kardiovaskular diperhatikan batasan denyut jantung, serta memantau tekanan darah akibat latihan. Bila terdapat gangguan pada weight bearing lakukan latihan didalam air.

Perhatian khusus dalam rehabilitasi usia lanjut

Dementia

Usia lanjut dengan dementia sedang dan berat biasanya tidak fare-well untuk mengikuti program rehabilitasi karena kemampuan mereka untuk membentuk memory yang baru sangat jelek. Dengan merubah program latihan setiap hari tidak memungkinkan. Mengikuti program rehabilitasi masih memungkinkan bila tujuannya adalah untuk melatih keluarga cara perawatan yang tepat, terutama bagi pasien cacat. Latihan dapat juga diberikan dengan cara bermain/rekreasi yang aman dan hanya untuk memelihara gerak sendi dan aerobik ringan.

Jatuh dan Fraktur

Urgensi mobilisasi dini setelah reparasi fraktur, umpamanya pada fraktur collum femur adalah untuk mencegah berbagai komplikasi post operasi, seperti masalah paru, thromboembolism, dan sekuel genito urinary serta mencegah resiko sekunder tirus baring lama atau tidak aktif.

Arthritis dan Joint replacement

Prinsip penatalaksanaannya sama dengan populasi yang muda, yang bersifat individual dan monitor ketat. Usia lanjut dengan arthritis akan bereaksi lebih baik terhadap program terapeutik karena lebih sabar dan patuh. Tujuan rehabilitasi adalah untuk mengurangi kekhawatiran, kekakuan, dan nyeri yang disebabkan oleh proses peradangan, dan mencegah atau mengoreksi deformitas.

Walaupun usia lanjut agak sukar memakai alat bantu, dengan memberikan sebuah kursi yang kuat, tinggi yang tepat, mempunyai sandaran lengan, dan memakai alat kendali, serta meninggikan toilet dengan palang pegangan, berjalan memakai tongkat atau walker, perlu untuk menjaga agar usia lanjut dapat hidup aktif di-masyarakat dan dapat melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari sendiri.

Stroke

Ketepatgunaan program rehabilitasi yang intensif pada usia lanjut yang stroke masih menjadi tanda tanya secara klinis. Pasien stroke usia lanjut mungkin akan lebih susah untuk memperoleh penyembuhan fungsi neurologisnya.

Tantangan lain yang dihadapi pada pasien usia lanjut adalah sistem cardiovascularnya yang akan membatasi toleransi latihan. Demikian juga dengan defisit kognitif, apakah itu premorbid atau sekunder akibat stroke menyukarkan untuk kooperatif dengan terapist.

Amputasi

Pemberian protese pada pasien usia lanjut yang diampatasi juga merupakan masalah. Sama dengan pasien amputasi lainnya, banyak pertimbangan yang mesti dibuat, seperti pertimbangan sistem kardiovaskular, musculoskeletal, visual, dan neurologi. Preskripsi protese bisa bersifat terapeutik fungsional, apakah untuk berdiri, transfer, atau hanya bersifat kosmetik.

Untuk amputee bilateral pada usia lanjut, penggunaan energi jelas sangat besar. Latihan berjalan mungkin hanya dapat dilakukan untuk jarak yang pendek dengan memakai protese. Dalam hal ini mobilisasi memakai kursi roda adalah pilihan yang tepat untuk jarak yang lebih jauh, dengan pemakainan energi yang lebih kecil.

Spinal Cord Injury

Pada usia lanjut penyebabnya bukanlah seperti pada populasi muda. Penyebab yang banyak adalah karena jatuh. Di Indonesia rehabilitasi pasien seperti ini masih sangat sulit. Dengan rehabilitasi perbaikan fungsional kearah yang baik dapat diharapkan pada trauma

yang tidak komplit, tetapi masih tetap tergantung pada orang lain untuk transfer dan perawatan diri sendiri.

Peran Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik (Physiatrist)

Orang tua sering hidup sendiri, merawat diri sendiri. Untuk itu diperlukan lingkungan yang aman dari bahaya yang bisa mengancam keselamatan hidupnya. Seperti lantai rumah yang kasar atau tidak licin, alat bantu untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Bila pasien harus dirawat maka tempat perawatan yang mempunyai fasilitas yang lengkap agar usia lanjut dapat segera melakukan fungsi-fungsi untuk aktivitas tersebut sedini mungkin.

Terdapat kerja sama yang saling melengkapi antara kedokteran geriatri dan kedokteran rehabilitasi. Dalam sejarah perkembangannya mempunyai gambaran yang sama. Keduanya mengutamakan untuk memelihara fungsi dalam menghadapi gangguan yang sering multipel serta mencegah komplikasi sekunder. Keduanya bekerja dalam team yang multi disiplin untuk mencapai tujuan yang holistik dalam menjaga kesehatan dan fungsi. Karena banyaknya keterlibatan kedokteran rehabilitasi dalam menangani usia lanjut yang cacat, maka diperlukan physiatrist yang berminat dalam terhadap bidang geriatri ini. Peran lain termasuk bertindak sebagai konsultan dalam berbagai tingkat pelayanan kesehatan, seperti pelayanan akut dirumah sakit, day hospital serta dirumah. Dalam hal ini physiatrist mengkoordinir dan memantau manfaat yang diperoleh dari program rehabilitasi setiap individu.

KEPUSTAKAAN

1. Ashour AM; Psychological aspects of Rehabilitation of the elderly; Rehabilitation International Conference; Kuwait, March 15-18 1999.
2. Basmajian JV; Rehabilitation of elderly, Textbook of Medical Rehabilitation 2nd edition William & Wilkins, Baltimore 1984
3. Cameron ID & Ishikawa M; Geriatric Rehabilitation; 8th World Congress of The International Rehabilitation Association; Kyoto August 31 - Sept 4, 1997
4. Delisa JA; Rehabilitation Medicine, Principles and Practice 2nd edition; JB Lippincott, Philadelphia 1994
5. Ghaneum T; Risk Factors Affecting Instability and Falls among Elderly population; Rehabilitation International Conference; Kuwait March 15-18, 1999.
6. Goto J ; Safety of Walking for Older Patients; 8th World Congress of The International Rehabilitation Medicine Association ; Kyoto August 31-Sept 4, 1997.
7. Grahois M; Medical Rehabilitation : Raven Press, New York; 1985
8. Itoh M & Lee M; Rehabilitation Management, Rehabilitation Medicine 1st edition; CV Mosby Company; Saint Louis 1988.
9. Komiyama G; Study on Causes of Fall and Underlying Disease in Femoral Neck Fracture; 8th World Congress of the International Rehabilitation Medicine Association; Kyoto August 31-Sept. 4, 1997.

10. Lehmann JF & Koitke FJ; *Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation* 4th edition; WB Saunders; Philadelphia 1990.
11. Nakane R; Clinical study of Gait disturbance and falling in Aged People; 8th World Congress of the International Rehabilitation Medicine Association; Kyoto August 31-Sept. 4, 1997.
12. Pedoman Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut di RSU Kelas A & B Pendidikan; Dir. Jenderal Pelayanan Medik-Dep. Kesehatan RI ; 1997
13. Rose DJ : An ecological approach to the Rehabilitation of Balance and Mobility disorders in the Geriatric Population; 8th World Congress of the International Rehabilitation Medicine Association; Kyoto August 31 - Sept.4, 1997
14. Roesma S; Keuntungan ekonomis dalam Tindakan Rehabilitasi Medik yang Optimal; Seminar Sehari Rehabilitasi Medik; RSUP Dr M Djamil; Padang 28 Juni 1997.
15. Roesma S; Peran Asuransi Kesehatan dalam mendukung upaya Rehabilitasi Medik yang optimal; Konas IV Perdasoni; Jakarta 22-24 Oktober, 1998.
16. Rusk HA ; *Geriatric Rehabilitation, Rehabilitation Medicine* 4th edition ;CV Mosby Company; Saint Louis. 1977
17. Wakamatsu H; Rehabilitation of Senile Elderly patients by the Theatre type, Virtual Facility for Entertainment; 8th World Congress of the International Rehabilitation Medicine Association; Kyoto August 31 - Sept. 4, 1997
18. Zajko WJC; Rehabilitation in the Elderly, The Role of Physical Activity Retaining & Enhancing Functional Status in Older Adults; Rehabilitation International Conference; Kuwait March 15-18, 1999.