

## PSYCHIATRIC ASPECTS OF LONG – TERM CARE

Ira Aini Dania

Universitas Islam Sumatera Utara, Jl. STM No. 77-Medan

email: [iraaini27@gmail.com](mailto:iraaini27@gmail.com)

DOI : <https://doi.org/10.35451/jkg.v1i2.128>

### Abstract

*The emergence of nursing homes in the Middle Ages has introduced health programs specifically health care which occupy the largest proportion of nursing homes services. Nursing homes provide services, medical care, for injury problems, disability in sick patients and need services and medical care and rehabilitation. Many nursing providers provide good care, but in many other countries it guarantees nursing homes to individuals who are cared for but they are very inadequate, sometimes very surprising, the services provided actually accelerate their physical, mental, and emotional health deterioration. They often get rights violations and are even subject to physical abuse. This article discusses matters relating to history and psychiatric services for those who have become nursing home residents since 1990.*

**Keyword:** *Psychiatric, Health care, Nursing, Providers*

### 1. PENDAHULUAN

Perawatan jangka panjang pada abad ke-21 meliputi beragam sistem di berbagai pelayanan kesehatan, sebaliknya selama hampir seabad sebelumnya terdapat keterbatasan penawaran yang tersedia. Selama pertengahan abad ke-20 seseorang dengan penyakit dan kecacatan tidak mendapatkan pelayanan, pada umumnya mereka mendapat pelayanan informal di rumah oleh anggota keluarga (Stream & Katz, 2009).

Munculnya *nursing homes* pada abad pertengahan telah memperkenalkan program kesehatan khususnya pertolongan kesehatan yang menempati proporsi terbesar dari pelayanan *nursing homes* lebih dari empat dekade terakhir (Stream & Katz, 2009).

*Nursing homes* tidak hanya dibentuk dan diprogram khusus untuk melayani pasien dengan masalah mental dan

perilaku. Namun demikian, ini sering menjadi

alasan karena tidak adekuat dan tidak layaknya pelayanan yang diberikan pada saat itu (Stream & Katz, 2009). Jumlah individu lanjut usia di Swedia telah meningkat secara signifikan dalam dekade ini. Rata-rata harapan hidup untuk perempuan adalah 82,1 tahun dan 77,6 tahun untuk laki-laki. Selanjutnya jumlah populasi lanjut usia sekitar 120.000 orang dan diantaranya 7,8% usia lanjut berusia lebih dari 65 tahun (Stream dkk, 1996; Holmquist dkk, 2003).

Semenjak tahun 1990 sudah menjadi tren bahwa *nursing homes* menyediakan banyak bentuk pelayanan rehabilitasi bagi pasien rawat inap rumah sakit seperti perawatan keadaan saat akut, bedah, *pasca stroke* juga pelayanan khusus bagi penderita penyakit Alzheimer. *Nursing homes* menyediakan pelayanan, perawatan

medis, untuk masalah-masalah perlukaan, ketidakmampuan pada pasien-pasien yang sakit serta membutuhkan pelayanan dan perawatan medis serta rehabilitasi. bersifat kronis dan menimbulkan ketidakmampuan (Stream dkk, 1996).

Beberapa penelitian epidemiologi yang hampir seluruhnya dilakukan pada akhir tahun 1980an dan awal tahun 1990an secara konsisten mengungkapkan sangat tingginya rata-rata prevalensi gangguan psikiatri pada mereka yang mendapat pelayanan dari *nursing homes* terutama adalah depresi dan demensia (Stream & Katz, 2009).

Sebagian besar dari mereka tidak melihat usia sebagai ukuran kesehatan, tetapi mereka lebih memperhatikan bagaimana menghabiskan hidup mereka sebelum mati. Bagi mereka, memiliki penyakit psikologis seperti kesepian, depresi dan kecemasan parah sebelum mati untuk membuat hidup mereka kurang memuaskan, risiko mengurangi rentang hidup mereka dan akhirnya menghadapi kematian dengan menyedihkan (Singh dan Misra, 2009).

Selain itu, perasaan lepas dari keluarga secara bertahap diderita oleh para manula saat ini di dunia, namun, ada beberapa cara yang ditawarkan untuk mengurangi rasa kesepian seperti menghubungi melalui telepon seluler, jejaring sosial dan media lain yang dapat menekan hubungan jarak jauh antara anak dan orang tua (Aung dkk, 2017). Alternatif lainnya adalah menjadi penghuni *nursing home*.

Aung dkk (2017) mencatat bahwa manula yang menjadi penghuni *nursing home* berusia 61-70 tahun sekitar 23,8%, berusia 71-80 tahun sekitar 42,5%, 81 tahun lebih sekitar 33,8%. Dengan kunjungan keluarga rutin

Mereka menyediakan pelayanan semenjak masa penyakit bersifat akut, ataupun perawatan jangka panjang untuk penyakit-penyakit yang

setiap hari ada 31,3%, setiap minggu ada 50%, sekali dalam setahun ada 7,5% dan tidak pernah dikunjungi ada 11,3%. Diperkirakan jumlah penghuni *nursing homes* akan berlipat ganda pada tahun 2020 dan menjadi tigakali lipat pada tahun 2040 dan kemungkinan seseorang akan membutuhkan perawatan *nursing homes* didalam kehidupannya sekitar 40 % (Bartels dkk, 2003a).

Kira-kira 1,56 juta atau sekitar 4,5% penduduk yang berusia diatas 65 tahun tinggal di *nursing homes*, dan pada tahun 2000 jumlah persentasenya meningkat secara dramatik sekitar 1% pada untuk usia 65 hingga 74 tahun, 5% pada usia 75 hingga 84 tahun dan 18% pada mereka yang berusia diatas 85 tahun, penelitian lain dari *National Center for Health Statistics* 1987 menyebutkan 3% berusia 75 hingga 84 tahun dan 22% diatas usia 85 tahun (Bartels dkk, 2003a).

Perawatan *nursing homes* mewakili sekitar 8 % total biaya perawatan kesehatan total suatu negara. Beban pembayaran jelas berbeda dari berbagai aspek pelayanan kesehatan lain dengan perkiraan sekitar 50% biaya ditanggung secara langsung oleh pasien dan keluarganya dan sisanya dibagi sama antara pemerintah daerah dan pusat melalui program *Medicaid* (Stream & Katz, 2009).

Penyelidikan terhadap *nursing homes* umumnya berkaitan dengan perawatan psikiatri, perkiraan prevalensi gangguan psikiatri pada penghuni *nursing homes* sekitar 87%. Selanjutnya secara berurutan perkiraan prevalensi berdasarkan evaluasi

psikiatri secara sistematis terhadap penghuni juga diperbandingkan. Tahun 1990 ditemukan diagnosis gangguan psikiatri sekitar 80% pada mereka yang baru saja dirawat di *nursing homes* dimana sekitar 90% diantaranya mengalami depresi sedang. Sekitar 8,5% dari penghuni yang dirawat dengan menggunakan fasilitas perawatan atau sekitar 10,6% dari mereka didiagnosis dengan gangguan psikiatri (Stream & Katz, 2009).

Tabel 1. Prevalensi gangguan psikiatri pada *nursing homes*

Jenis Gangguan Psikiatri	Persen
Gangguan psikiatri lain	80,2
Demensia	67,4
komplikasi dengan depresi	6,3
Psikosis	13,5
Delirium	7,0
Depresi	10,4
Skizofrenia dan psikosis lain	2,4

Dikutip dari: Stream J.E & Katz I.R. (2009).

## 2. NURSING HOMES DAN PERMASALAHANNYA

Penghuni *nursing homes* diperkirakan sekitar 4,1% dari orang lanjut usia di Amerika dengan sekitar 1,55 juta orang tua tinggal di *nursing homes*. Dari gambaran ini memperlihatkan besarnya jumlah individu yang menggunakan pelayanan *nursing homes* dan banyak yang dirawat untuk jangka pendek untuk menerima perawatan rehabilitasi atau kondisi subakut (Stream dkk, 1996).

*Nursing homes* merawat mereka yang mengalami ketidakmampuan dan membutuhkan bantuan untuk mandi sekitar 94%, berpakaian 78%, toilet 63%, makan 4% dan hanya sekitar 8% yang dapat melakukan aktivitas harian tanpa memerlukan bantuan. Selanjutnya 84% dari penghuni adalah

tidak memiliki keluarga, dan 57% adalah merupakan kiriman dari berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit (Stream dkk, 1996).

Hampir sekitar setengah penghuni *nursing homes* dibiayai oleh keluarga selama bulan pertama perawatan, akan tetapi pada bulan-bulan selanjutnya hampir semua penghuni *nursing homes* mengalami kendala pembiayaan perawatan di *nursing homes* (Stream dkk, 1996).

Kebutuhan akan pentingnya *nursing homes* sebagai alternatif perlu tumbuh dan memerlukan sistim perawatan jangka panjang akan memberikan kesempatan untuk mengakomodasi sesuai keinginan konsumen sesuai dengan faktor kondisi klinis, sosial, ekonomi. Peningkatan yang dramatis jumlah orang tua dengan gangguan mental dapat diantisipasi dengan mengembangkan metode yang sangat mendasar yang dapat memberikan informasi yang valid dan berharga bagi konsumen, sesuai pilihan dari penghuni, dan kapasitas membuat keputusan (Hunt, 2007).

Banyak penyedia *nursing homes* menyediakan perawatan yang baik akan tetapi dibanyak negara lainnya menjamin memberikan *nursing homes* pada individu yang dirawat tetapi mereka sangat tidak adekuat kadang sangat mengejutkan pelayanan yang diberikan justru mempercepat kemunduran fisik, mental, dan kesehatan emosional mereka. Mereka sering mendapatkan pelanggaran hak bahkan menjadi subyek penyalahgunaan fisik (Stream dkk, 1996; Stream & Katz, 2009).

Hambatan yang dapat terjadi pada kebanyakan *nursing homes* ini adalah mengenai pertemuan staf mingguan

yang memerlukan logistik dan pembiayaan (Cohen, 2003). Beberapa faktor seperti kurangnya dukungan keluarga, dijumpai adanya ketidakmampuan secara fisik terutama masalah kesakitan dan penglihatan dan keterbatasan melakukan otonomi pribadi menjadi hal yang sangat penting bagi penderita lanjut usia (Bains & Dening, 2004).

Beberapa isu utama yang berkembang tentang kualitas perawatan *nursing homes* dihubungkan dengan aspek psikiatri termasuk didalamnya adalah perhatian terhadap adanya pengekangan secara fisik dan psikis yang sangat tidak layak digunakan untuk mengontrol perilaku dan gangguan psikiatri penghuni *nursing homes* terutama depresi yang mendapat perawatan sangat rendah. Survei di Amerika pada tahun 1977 menyebutkan sekitar 25% sampai 85% pengekangan secara fisik pada tumit dan lengan dengan sabuk, rompi, atau kursi orang tua yang didesain untuk membatasi pergerakan.

Pasien yang diprediksi menggunakan alat-alat tersebut adalah berdasarkan umur, gangguan kognitif, risiko untuk melukai diri sendiri dan orang lain, kelemahan fisik. Selain itu penggunaan alat pengekangan oleh karena adanya tekanan untuk menggagalkan proses pengadilan, tingkah laku petugas, kurangnya ketenagaan, dimana pengekangan secara mekanik biasa digunakan untuk mengontrol perilaku yang merusak. Hanya sedikit penelitian yang mengevaluasi keuntungan dan risiko penggunaan alat pengekangan atau investigasi yang sistematis atau alternatif pilihan yang lain.

Efek samping potensial yang akan ditimbulkan termasuk peningkatan risiko untuk terjatuh dan cedera lainnya, penurunan fungsi, kerusakan

kulit, efek fisiologis dari imobilisasi stres, perilaku yang tidak terkendali, dan kehancuran emosional. Penggunaan alat-alat tersebut sudah meluas dari pembuktian penelitian observasional menunjukkan ini tidak aman bagi mereka untuk mengontrol perilaku agitasi juga saran dari penelitian *cross-national* memungkinkan untuk mengatur pasien yang sama dipopulasi tanpa harus menggunakan alat yang biasa digunakan. Pengekangan secara mekanik untuk mengontrol perilaku merupakan suatu kasus yang paling dramatis hal ini ditujukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan mental di *nursing homes*. Survei terhadap penggunaan obat jangka panjang difasilitas perawatan telah dijumpai prevalensinya rata-rata hingga 74% obat tersebut bekerja disistem saraf pusat (Stream dkk, 1996; Stream & Katz, 2009).

Obat antipsikotik telah secara luas dan sering digunakan dan hampir semua melaporkan prevalensinya antara 20% hingga 50%. Pembuktian menyarankan salah penggunaan dari obat-obat tersebut berasal dari penemuan terhadap variabel yang tidak berhubungan dengan karakteristik pasien termasuk didalamnya jumlah fasilitas, rasio pasien dan staf dan jumlah dokter yang berpraktek di *nursing homes* yang berhubungan langsung dengan menggunakan obat. Jumlah pasien yang menonjol yang menerima obat-obat psikotropik tanpa adanya diagnosis gangguan mental atau adanya suatu catatan bagan yang mengindikasikan adanya suatu target simptom yang sesuai. Isu terpenting terhadap pasien, keluarga, dan kelompok advokasi adalah hal yang menyedihkan oleh karena isu ini menjadi judul utama surat kabar (Stream & Katz, 2009).

Bentuk advokasi untuk dapat meningkatkan kualitas perawatan jangka panjang adalah masalah yang menjadi perhatian seperti misalnya penggunaan yang salah dari bentuk pengekangan atau kurangnya pelayanan bagi pasien yang membutuhkan perawatan jangka panjang seperti gangguan psikiatri, dan demensia yang dihubungkan dengan penyakit-penyakit medis (Stream dkk, 1996).

Tahun 1987 pemerintah pusat sebagai sumber dana tunggal terbesar untuk pembayaran perawatan *nursing homes* menggunakan *Medicaid* dan *medicare* sebagai pemegang mandat bentuk *nursing homes* yang ditetapkan dengan *Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (OBRA-87)* yang kemudian dimodifikasi pada tahun 1990 dimana diharuskan sebelum dirawat maka penghuni *nursing homes* harus menjalani skrining dan penilaian tahunan untuk penghuni dengan tujuan meyakinkan bahwa yang dirawat di *nursing homes* bukan pasien rumah sakit jiwa. Peraturan lain menegaskan bahwa penghuni harus benar bebas dari pengekangan baik secara fisik dan non fisik dengan tujuan untuk untuk menegakkan disiplin atau rasa nyaman dan tidak membutuhkan terapi terhadap simtom kesehatan (Stream & Katz, 2009).

OBRA-87 juga memberikan persyaratan bahwa penghuni yang tidak menggunakan obat antipsikotik maka tidak akan diberikan selama di *nursing homes* kecuali memang obat antipsikotik tersebut benar-benar diperlukan untuk suatu kondisi yang khusus dan didiagnosis serta dicatat didalam rekam medis, selanjutnya penghuni yang menggunakan antipsikotik menerima penurunan dosis secara berangsur-angsur dan diperlukan intervensi perilaku kecuali

secara klinis menjadi kontraindikasi dalam usaha untuk tidak melanjutkan terapi ini. Peraturan juga selalu dimulai dengan bahwa setiap penghuni disaat awal bebas dari obat-obat yang tidak diperlukan misalnya dosis yang berlebih, durasi yang berlebih, tanpa adanya monitoring yang adekuat, maupun tanpa indikasi penggunaan atau timbulnya efek samping.

Tujuan utama dari penggunaan antipsikotik yang tidak perlu dan diharapkan dapat mengurangi bahan kimia. Penggunaan yang salah dari obat psikotropik secara luas dan hambatan fisik adalah suatu hal yang perlu mendapat perhatian pada *nursing homes* dibebberapa penelitian melaporkan hampir sekitar 50% penghuni *nursing homes* berhadapan dengan obat psikotropik, 20% hingga 40% menggunakan neuroleptik 10% sampai 40% menggunakan *anxiolytics* atau hipnotik, 5% hingga 10% menggunakan anti depresi. Tingginya prevalensi ini menunjukkan penghuni *nursing homes* memiliki risiko efek samping dari penggunaan obat tersebut.

Obat psikotropik sering diresepkan tanpa adanya suatu pertimbangan yang adekuat berdasarkan status medis dan psikiatri. Penelitian yang dilakukan oleh Zimmer dan kawan-kawan menyebutkan hanya sekitar 15% penghuni *nursing homes* yang mengkonsumsi obat psikotropik mendapatkan konsultasi psikiatri (Stream dkk, 1996).

## 2.1. DEMENSIA

Alzheimer berhubungan dengan demensia dan tercatat sebagai penyebab terbanyak gangguan psikiatri pada penghuni *nursing homes*, dan telah menjadi perhatian sejak lama banyak pasien yang mengalami hendaya dalam fungsi kognitif tidak

didiagnosis dengan demensia termasuk individu dengan kemunduran kognitif dan status fungsional karena delirium atau depresi yang dirawat secara tidak layak di *nursing homes*. Jelasnya semua pasien harus menerima evaluasi secara menyeluruh sebelum keputusan dibuat bagi mereka yang membutuhkan perawatan jangka panjang, walaupun evaluasi tidak harus selalu lengkap sebelum dirawat di *nursing homes* terutama pada pasien yang mengalami masalah medis akut dalam hal ini perlu segera dilakukan evaluasi setelah dirawat.

Identifikasi dan pengobatan yang bersifat mengembalikan kemunduran kognitif yang telah terjadi dapat meningkatkan kualitas hidup dari penghuni *nursing homes* atau memfasilitasi untuk kembali ke komunitas (Stream & Katz, 2009). Pemberian obat-obatan antikolinergik belum mendapat lisensi penggunaannya di Inggris untuk individu yang mengalami demensia berat, ada beberapa pembuktian bahwa keuntungan dengan menggunakan terapi ini dapat mengatasi masalah perilaku. Masalah perilaku yang dihubungkan dengan demensia berdasarkan pedoman di Inggris menyebutkan pengobatan secara non farmakologi harus menjadi pilihan pertama walaupun kadang mengalami kesulitan dalam melakukan intervensi psikologis dan perilaku (Bains & Dening, 2004).

Dilaporkan sekitar 52 dari 111 (47%) penghuni *nursing homes* dengan demensia memiliki potensi untuk diobati dalam hal kemunduran kognitifnya. Sekitar 7% hingga 10% yang baru dirawat di *nursing homes* mereka mengalami demensia juga menunjukkan simtom delirium dan 6-12% penghuni *nursing homes* mengalami kemunduran kognitif dalam

perawatan jangka panjang dan biasanya menunjukkan perbaikan yang signifikan dan performa dari kognitif lebih dari satu tahun sebagai hasil dari resolusi toksik dan metabolik esepalopati atau depresi (Stream dkk, 1996; Stream & Katz, 2009).

Demensia yang ireversibel dan tersering ditemukan pada penghuni *nursing homes* adalah demensia tipe Alzheimer diikuti dengan demensia vaskuler (Anderson dkk, 2003; Stream & Katz, 2009). Perkiraan dan frekuensi penyebab vaskuler atau komponen dari demensia secara umum sangat bervariasi kira-kira sepertiga hingga setengah dari total bermacam penelitian. Walaupun kedua tipe demensia ireversibel, disadari komponen vaskuler dapat menjadi pencetus untuk dilakukan intervensi medis dengan tujuan menurunkan rata-rata progresivitasnya (Stream & Katz, 2009). Beberapa metode untuk meningkatkan pengobatan depresi pada *nursing homes* sering mengalami kegagalan oleh karena itu diperlukan suatu program skrining untuk pasien demensia di *nursing homes* yang mengalami depresi (Cohen dkk, 2003).

Psikosis dan gangguan mood dapat terjadi pada demensia. Diperkirakan prevalensi dari sindrom-sindrom ini adalah sulit karena standar metode yang digunakan mengalami kegagalan dan tidak dapat memperlihatkan kemunduran kognitif yang berat, walaupun demikian data menunjukkan bahwa halusinasi dan waham terlihat sekitar 20% dari penghuni *nursing homes* dengan demensia, *major depressive disorder* terjadi sekitar 10%. Gangguan perilaku tersering menurut revised fourth edition *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV TR) mereka dapat mendokumentasikan diagnosis demensia dengan menggunakan

(*uncode*) *specifier* dengan gangguan perilaku, termasuk didalamnya keadaan agitasi dan apati atau *withdrawal* (Stream & Katz, 2009).

Gangguan perilaku dijumpai pada sekitar 66,67-75%% dari penghuni *nursing homes* dan gangguan masalah perilaku multipel paling sedikit 50% dari jumlah penghuni *nursing homes* (Stream & Katz, 2009). Pada tahun 1990, gangguan perilaku sebagai penyebab timbulnya ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas harian telah diidentifikasi sebagai penyebab terbanyak pasien dengan demensia yang dirawat di *nursing homes* dan kekerapan terjadinya perilaku merusak merupakan masalah yang dapat timbul setelah (Stream & Katz, 2009).

Pada tahun 1991 menunjukkan gangguan perilaku termasuk didalamnya adalah berjalan hilir-mudik, penggunaan *verbal abusiveness*, berteriak-teriak, agresi secara fisik, melawan, perlu mendapatkan perawatan. Demensia dan psikosis merupakan faktor risiko untuk terjadinya gangguan perilaku. Penyebab lain terjadinya agitasi dan hiperaktivitas termasuk didalamnya adalah delirium, kehilangan rasa atau terlalu berlebih, penyakit fisik yang tidak terlihat, rasa sakit, konstipasi, retensi urin, efek samping obat, termasuk akatisia yang disebabkan oleh pemberian neuroleptik (Stream dkk, 1996).

Agitasi dapat terjadi biasanya pada pasien dengan demensia tanpa adanya simtom psikiatri yang lain. Telah diidentifikasi tiga tipe agitasi yang sering terjadi pada *nursing homes* yaitu perilaku agresif, perilaku fisik non agresif, perilaku agitasi verbal. Walaupun penghuni *nursing homes* menunjukkan satu atau lebih perilaku

agresif dalam waktu seminggu hanya sedikit yang menunjukkan gangguan dengan frekuensi yang parah muncul serta membutuhkan perawatan, memperlihatkan keadaan yang berbahaya, atau mengakibatkan ketidakmampuan yang berlebihan (Bartels dkk, 2003b; Stream & Katz, 2009). Sangat penting menjadi catatan bahwa tidak semua perubahan perilaku dihubungkan dengan demensia yang secara klinis signifikan akan menjadi masalah. Perubahan perilaku secara klinis menjadi signifikan ketika mereka sedang dalam keadaan distres, mengalami, kelumpuhan merusak dan berbahaya (Bartels dkk, 2003b; Stream & Katz, 2009).

Ada pergerakan kearah perkembangan unit perawatan khusus bagi pasien dengan Alzheimer dan gangguan lain dimana secara administrasi, program dan bentuknya dirancang untuk memaksimalkan tingkat fungsional dan meminimalkan gangguan perilaku. Sekitar sepertiga dari *nursing homes* mengiklankan beberapa bentuk unit perawatan khusus atau program spesialis khusus untuk pasien Alzheimer (Stream & Katz, 2009).

Percobaan klinis yang dilakukan secara *random* pada demensia yang mengikuti program perawatan termasuk didalamnya penambahan aktivitas, pengaturan pemakaian obat psikotropik, pendidikan, ternyata ditemukan pengobatan yang aktif secara signifikan dapat menurunkan simtom perilaku dan penggunaan obat-obat psikotropik. Tipe perawatan lainnya yang dengan menggunakan model rumah sakit darurat untuk merawat penghuni *nursing homes* yang dalam stadium akhir dari penyakit Alzheimer, mungkin dapat mengurangi rasa tidak nyaman pada pasien dan meningkatkan kualitas hidup serta

mengurangi pembiayaan (Stream & Katz, 2009).

## 2.2. DEPRESI

Pernyataan diagnosis dan pengobatan depresi pada kehidupan lanjut dari hasil konferensi konsensus nasional menekankan pentingnya depresi dalam *nursing homes* sebagai suatu masalah yang membutuhkan perhatian dari para klinisi, peneliti, dan pembuat peraturan. Simtom depresi dihubungkan dengan peningkatan ketidakmampuan perawatan yang dibutuhkan, menurunnya partisipasi dalam berbagai kegiatan, meningkatnya laporan kesakitan, risiko kemunduran kognitif, subnutrisi, dan penolakan pengobatan. Selain itu risiko depresi secara signifikan tinggi pada penghuni *nursing homes* daripada lanjut usia di populasi umum (Stream dkk, 1996; Stream & Katz, 2009).

Penelitian terbaru menyebutkan gangguan depresi menempati urutan kedua terbanyak dari kondisi psikiatri di *nursing homes*. Prevalensi depresi mayor pada penghuni *nursing homes* sekitar 25%. Pentingnya memperhatikan depresi dari kenyataan yang ada mungkin merupakan suatu sumber distres dan meningkatnya ketidakmampuan bahkan ada pada penyakit kelumpuhan yang ireversibel (Stream dkk, 1996). Selalu ada pertanyaan tentang hubungan antara simtom dari depresi dengan penyakit fisik, sehingga evaluasi pertama pada penghuni *nursing homes* dengan depresi harus selalu dimasukkan evaluasi medis untuk melihat secara spesifik penyebab medis simtom afektif dan neurovegetatif.

Ketika kedua hal tersebut ada maka diagnosis DSM IV TR dapat berupa gangguan mood karena kondisi medis umum, dan sebagai pendekatan awal intervensi dilakukan terhadap

gangguan medis. *Major depressive disorders* selalu dihubungkan dengan peningkatan angka kematian. Walaupun masih terdapat berbagai kontroversi tentang apakah pasien mengalami depresi kemudian mati atau mati karena mereka depresi. Pembuktian terbaru menunjukkan penurunan bertahan dihubungkan dengan depresi mayor yang berat menyisakan penyakit medis atau ketidakmampuan. Angka kesakitan (morbidity), kelumpuhan dan kematian dihubungkan dengan depresi telah diamanahkan oleh pemerintah pusat untuk menggunakan indikator yang spesifik dan berkualitas sehubungan dengan pengobatan dan depresi di *nursing homes* (Stream dkk, 1996; Stream & Katz, 2009).

Depresi secara signifikan sangat tinggi di *nursing homes* dari pada usia lanjut yang berada di komunitas, hal ini dikemukakan oleh Blazer dan kawan-kawan pada tahun 1980 dan Kramer pada tahun 1985. Lebih kurang enam hingga sepuluh persen penghuni *nursing homes* (20-25% dari penghuni memiliki fungsi kognitif yang utuh) memenuhi kriteria DSM III atau DSM III TR untuk suatu keadaan depresi mayor (Stream dkk, 1996). Sedangkan prevalensi lainnya yang kurang berat bentuk dari depresi sering tinggi juga. Sementara data prevalensi masih menyediakan data yang sangat sedikit sehubungan dengan insidensi dari kasus depresi pada perawatan jangka panjang. Satu penelitian yang dilakukan oleh Parmelee dan kawan-kawan tahun 1992 melaporkan dalam satu tahun insiden depresi mayor 9,4% diantara mereka yang mengalami depresi minor atau tidak depresi berdasarkan alat ukur, 7,4% pada mereka yang depresi minor diantara eutimik (Stream dkk, 1996).

Tenaga *nursing homes* mungkin mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi simtom depresi maka dibutuhkan tenaga yang dilatih untuk bidang ini (Stream & Katz, 2009). *Geriatric Depression Scale* telah divalidasi dan digunakan sebagai alat ukur untuk mengidentifikasi mereka yang memiliki simtom depresi. Walaupun masih terjadi perdebatan penggunaannya pada pasien yang mengalami kemunduran kognitif, penemuan terbaru menunjukkan secara verbal tingkat yang dapat dipertahankan dan diterima dari sensitif dan spesifik dengan standar *cut off* 10 pada pasien dengan *Mini Mental State Examination* skor di bawah 15. *The Patient Health Questionnaire* (PHQ) untuk depresi telah menunjukkan berguna untuk mengidentifikasi kasus depresi baru dengan gangguan kognitif ringan dan sedang pada penghuni *nursing homes* juga pada mereka yang tidak mengalami gangguan kognitif, alat ukur ini telah diusulkan untuk disatukan kedalam *Minimum Data Set* (Anderson dkk, 2003; Stream & Katz, 2009).

### 2.3. KUALITAS HIDUP

Komunitas *nursing homes* terdiri dari penghuni, keluarga, petugas, dan penyedia pelayanan kesehatan pada banyak pasien dengan penyakit kronis atau adanya ketidakmampuan didalam kehidupan mereka, sehingga aturan yang berkembang untuk mengimplementasikan OBRA-87 termasuk pemenuhan kebutuhan bahwa fasilitas harus peduli pada tata cara penghuni didalam lingkungan yang mempromosikan memelihara dan meningkatkan kualitas hidup dari tiap-tiap penghuni.

Ada ketentuan khusus yang membutuhkan perhatian dalam hal matabat yaitu individualitas, penentuan

nasib, partisipasi penghuni dan kelompok keluarga, partisipasi secara sosial, keagamaan, dan aktivitas komunitas, ketersediaan program yang berkelanjutan yang dirancang oleh penghuni, ketertarikan dan sejahtera. dan semua pelayanan dalam tata cara yang masuk akal untuk mengakomodasi individu yang membutuhkan dan pilihan dari penghuni.

Tingginya prevalensi gangguan psikiatri, terutama demensia dan gangguan depresi menyiratkan perlunya keahlian sehubungan dengan gangguan psikiatri adalah bersifat mendasar untuk mendapatkan kualitas dari hidup dan kualitas dari perawatan yang dibutuhkan (Stream & Katz, 2009).

Generasi penelitian telah dibangun prinsip-prinsip secara umum terjadi untuk peningkatan kualitas hidup dan *health outcomes* penghuni *nursing homes*. Bila perawatan lingkungan dirancang untuk membantu kepekaan dan kendali penghuni. Untuk mengoptimalkan kualitas penghuni *nursing home* membutuhkan perhatian antara tiap individu dan perawatan terhadap lingkungannya. Menurut teori ekologi *aging* dan adaptasi sangat penting untuk memenuhi permintaan dari lingkungan dan penghuni. Perilaku patologi atau afektif dapat terjadi ketika tuntutan lingkungan melebihi zona maksimal sehingga menjadi berlimpah dari yang ditampilkan atau ketika mereka terjatuh dibawah zona maksimal yang menyenangkan maka akan mewakili bentuk kehilangan (Stream & Katz, 2009).

Ini adalah hal yang merupakan tantangan yang sedang berlangsung bagi petugas *nursing homes* untuk memodifikasi tuntutan dari penghuni dan memutuskan apakah perubahan

dalam tingkat aktivitas dapat mengubah kemampuan fisik atau pilihan pribadi dan ketika itu merupakan suatu simtom psikopatologi. *Nursing homes* harus dapat berjuang setiap hari dengan tata cara sehubungan dengan gangguan psikiatri dalam membuat keputusan medis. Perkembangan peraturan dan program suatu institusi membutuhkan keahlian psikiatri yang memungkinkan untuk adanya suatu konsultasi terhadap administrasi dan petugas *nursing homes*. Yang pada kenyataannya institusi neuropsikiatri dan masukan dari tenaga kesehatan mental yang profesional diperlukan jika suatu *nursing homes* ingin melengkapi misinya (Stream & Katz, 2009).

#### **2.4. PSIKIATRI DIMASA DEPAN DALAM PERAWATAN JANGKA PANJANG**

Ada hal mendasar yang harus dipenuhi untuk konsultasi psikiatri terhadap pasien, petugas dan tenaga administrasi di *nursing homes* juga dalam hal fasilitas tinggal, pusat-pusat perawatan harian, dan program program perawatan rumah. Sejumlah psikiater geriatri yang tersedia menyediakan pelayanan tidak adekuat dan tahun 2008 laporan dari *Institute of Medicine* pelayanan kesehatan dimasa depan bekerja keras untuk orang tua Amerika yang mengindikasikan tidak cukupnya tenaga spesialis geriatri, termasuk psikiater akan dilatih untuk menghadapi perawatan kesehatan dimasa mendatang yang dibutuhkan dipopulasi.

Oleh sebab itu prevalensi yang tinggi pada gangguan mental dalam perawatan jangka panjang di populasi maka perlu diyakinkan bahwa psikiater pada umumnya dibekali pelatihan yang cukup tentang geriatri dan memiliki

pengalaman kerja dengan berbagai sistim dan set perawatan jangka panjang untuk orang tua yang membutuhkan kepedulian psikiatri. Ini mempresentasikan tantangan utama dilapangan dan merupakan sebuah kesempatan yang besar untuk memperluas lingkup praktek di abad ke-21 (Streams dkk, 1996; Stream & Katz, 2009).

### **3. KESIMPULAN**

Gangguan psikiatri di *nursing homes* yang sering dijumpai adalah demensia, Alzheimer dan depresi yang disertai dengan penyakit medis lainnya. Perkembangan unit perawatan yang khusus untuk pasien dengan Alzheimer harus dilakukan suatu pendekatan yang berdasarkan konsep dasar *nursing homes*. Setiap penghuni *nursing homes* harus menerima fasilitas yang dapat menyediakan perawatan yang diperlukan dan memberikan pelayanan untuk mencapai atau memelihara fisik, mental, psikososial menjadi sejahtera.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Bartels, S.J., Miles, K.M., Dums, A.R., & Levine, K.J. 2003a. *Are nursing homes appropriate for older adults with severe mental illness? Conflicting consumer and clinician views and implications for the Olmstead decision*. J Am Geriatr Soc; 51(11) 1571-9.
- Aung, K.T., Nurumal, M.S., & Wan Bukhari, W.N.S. 2017. *Loneliness Among Elderly In Nursing Homes. International Journal for Studies on Children, Women, Elderly And Disabled, Vol. 2*
- Stream, J.E. & Katz, I.R. 2009. *Psychiatric aspects of long-term care*. Dalam Kaplan & Sadock's (ed). *comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stream, J.E., Rovner, B.W., Katz, I.R. 1996. *Psychiatric aspects of*

- nursing home care.* dalam Sadavoy, J., Lazarus, L.W., Jarvik, L.F., & Grossberg, G.T. (ed) *Comprehensive review of geriatric psychiatry -II.* Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Holmquist, I.B., Swensson, B., & Hoglund, P. 2003. *Psychotropic drugs in nursing and old age homes: relationships between needs of care and mental health status.* Eur J Clin Pharmacol, 59: 669-76.
- Bains, J., & Dening, T. 2004. *Mental health services for residents of care homes.* British Geriatrics Society; 33: 1-2.
- Bartels, S.J., Horn, S.D., Smouth, R.J., Dums, A.R., Flaberty, E., Jones, J.K., et al. 2003b. *Agitation and depression in frail nursing home elderly patients with dementia.* Am J Geriatric Psychiatry; 11: 231-8.
- Cohen, C.I., Hyland, K., & Kimhy, D. 2003. *The utility of mandatory depression screening of dementia patients in nursing homes.* Am J Psychiatry; 160: 2012-7.
- Anderson, R.L., Buckwalter, K.C., Buchanan, R.J., Maas, M.L., & Imhof, S.L. 2003. *Validity and reliability of the minimum data set depression rating scale (MDSDRS) for older adults in nursing homes.* Age Ageing, Vol. 32 (4), 435-8.
- Hunt, S.S. 2007. *Equipping California long-term care ombudsman representatives for effective advocacy: A basic curriculum.* California Department of Aging.