

Elderly mistreatment

M. Huki Zukhrufan¹, Roza Mulyana²

¹PPDS Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/RSUP Dr. M. Djamil Padang

²Subbagian Geriatri Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/RSUP Dr. M. Djamil Padang

Email : hukizukhrufan@gmail.com Telp :+628116643212

Submitted : 21-01-2020, Reviewer: 25-01-2020, Accepted: 26-01-2020

Abstrak

Elderly mistreatment atau salah perlakuan terhadap orangtua merupakan segala tindakan disengaja yang menyebabkan kerusakan atau bahaya yang serius terhadap orang lanjut usia. Salah perlakuan juga dapat didefinisikan sebagai kegagalan untuk memenuhi kebutuhan dasar dan melindungi orang lanjut usia dari bahaya. Salah perlakuan ini pada umumnya disebabkan oleh care giver atau pengasuh. Salah perlakuan terhadap orang lanjut usia dapat dicurigai terkait dengan berbagai sindrom geriatri yang terjadi. Telah dilaporkan kasus salah perlakuan terhadap pasien perempuan berusia 90 tahun. Pasien datang dalam keadaan perubahan kesadaran. Kecurigaan salah perlakuan pada pasien ini karena adanya multipel sindrom geriatri pada pasien, seperti gangguan kognitif, infeksi, dan malnutrisi serta imobilisasi dengan komplikasi ulkus dekubitus. Pada pemeriksaan fisik ditemukan konjungtiva anemis, luka lecet pada daun telinga, pada auskultasi paru dijumpai ronchi basah halus nyaring di kedua lapangan paru dan edema pada kedua tungkai serta ulkus dekubitus yang multipel. Pasien juga mengalami malnutrisi. Pada pasien dilakukan penanganan komprehensif meliputi perbaikan status gizi, pemberian antibiotika, perawatan luka ulkus dekubitus, dan konseling keluarga.

Kata kunci: *Elderly mistreatment*, sindrom geriatri

Abstract

Elderly mistreatment or misuse of parents is all intentional actions that cause serious damage or danger to the elderly. Mistreatment can also be defined as failure to satisfy basic needs and protect older people from harm. This mistreatment is generally caused by a caregiver. Mistreatment of elderly can be suspected to be related to various geriatric syndromes that occur. Mistreatment case of 90 years old female patient have been reported. The patient comes in a state of changing consciousness. Suspicion of mistreatment in these patients due to multiple geriatric syndromes in patients, such as cognitive impairment, infection, and malnutrition and immobilization with complications of decubitus ulcers. On physical examination conjunctiva anemic was found, abrasions on the earlobe, on the auscultation of the lungs found wet crackles on the both lung fields and edema of both limbs and multiple decubitus ulcers. the patient is also malnourished. In patients, comprehensive treatment includes improvement of nutritional status, antibiotics, treatment of decubitus ulcer, and family counseling.

Keywords: *Elderly mistreatment, geriatric syndrome*

PENDAHULUAN

Salah perlakuan terhadap orangtua adalah segala jenis hal yang membahayakan termasuk tindakan kasar, pengabaian, eksploitasi serta kejahatan terhadap hak azasi manusia. Faktor risiko untuk timbulnya salah perlakuan pada usia lanjut yaitu usia yang sangat lanjut, kurangnya akses terhadap akses kesehatan, rendahnya pendapatan, isolasi sosial, status minoritas, rendahnya pendidikan, rendahnya kemampuan fungsional, salah guna zat oleh pramurawat atau penderita, gangguan psikologis, riwayat kejahatan atau kekerasan dalam keluarga, kelelahan dan frustrasi pramurawat, serta gangguan kognitif.^{1,2}

Jenis – jenis salah perlakuan pada usia lanjut meliputi penganiayaan fisik, pengabaian fisik, penganiayaan psikologis, penganiayaan dan pengabaian finansial atau material, kejahatan terhadap hak azasi manusia.

Penganiayaan fisik mencakup tindakan kejahatan yang menyebabkan nyeri, trauma, gangguan, atau penyakit seperti memukul, menendang, mendorong. Pengabaian fisik memiliki ciri khas berupa kegagalan pramurawat untuk menyiapkan barang – barang atau pelayanan yang dibutuhkan untuk dapat berfungsi optimal atau untuk menghindari bahaya. Penganiayaan psikologis adalah kekerasan terhadap mental orangtua sehingga menimbulkan kesedihan yang mendalam, seperti ancaman dan caci maki.^{1,2}

Pengabaian psikologis merupakan kegagalan untuk menyediakan stimulasi sosial bagi orangtua yang tidak mandiri. Penganiayaan finansial atau material mencakup salah guna pendapatan atau sumber finansial atau penghasilan oleh orang lain atau perawat. Pengabaian finansial atau material merupakan kegagalan menggunakan dana atau sumber dana yang diperlukan untuk menopang atau pemulihan kesehatan dan kesejahteraan usia lanjut. Kejahatan terhadap hak azasi manusia terjadi bila orang yang merawat atau mengawasi usia lanjut mengabaikan hak – hak orang berusia lanjut

dan ke mampuan untuk mengambil keputusan bagi mereka (kebebasan pribadi, kekayaan pribadi, keinginan berkumpul, berbicara, privasi, memberikan suara), seperti mengambil hak milik pribadi orangtua.^{1,2}

Deteksi adanya salah perlakuan sangat penting karena terkait dengan berbagai sindrom geriatri yang umum terdapat yaitu depresi, demensia, jatuh disertai fraktur panggul, dan ulkus dekubitus. Mengenai adanya salah perlakuan seringkali sulit. Orang berusia lanjut mungkin tak dapat memberikan informasi karena adanya gangguan kognitif.^{1,2}

Riwayat seringkali sulit didapat dari korban, karena takut akan balas dendam pelaku. Orangtua seringkali takut ditempatkan di fasilitas perawatan dan beberapa lebih baik memilih diperlakukan tidak benar di rumah sendiri daripada pindah ke tempat lain. Orang yang diperlakukan salah seringkali datang dengan keluhan somatik. Keluhan yang samar atau membingungkan dapat menunjukkan indikasi salah perlakuan. Pada pemeriksaan fisik pada kasus penganiayaan pada orangtua dapat dijumpai fraktur atau dislokasi, lacerasi, abrasi, luka bakar, memar, perdarahan di daerah genitalia, salah guna obat. Sedangkan pada kasus pengabaian dapat dijumpai kakeksia, hygiene yang buruk, cara berpakaian yang tidak sesuai, gangguan mobilitas, gangguan sensoris, gangguan komunikasi (hambatan sensoris atau kognitif), kelemahan, ulkus dekubitus dan kontraktur.^{1,2}

ILUSTRASI KASUS

Telah dirawat seorang pasien perempuan usia 91 tahun di Bagian Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang sejak tanggal 25 April 2019 dengan keluhan utama perubahan kesadaran sejak 7 hari yang lalu. Perubahan kesadaran terjadi perlahan, pasien kadang bisa diajak komunikasi dengan keluarga, dan terkadang bicara meracau dan tidak nyambung. Pasien juga mengalami lecet yang telah menjadi tuka di pinggang, pinggul dan punggung sejak 2 bulan yang

la lu. Pasien me nga lami imobilisasi di tempat tidur se jak 5 bulan yang la lu. Penurunan nafsu makan se jak 1 bulan yang la lu. Pasien makan tidak teratur dan hanya menghabiskan ½ porsi, pasien terkadang makan 2 – 3 kali sehari. Sembab pada tangan dan tungkai se jak 1 bulan yang la lu. Nyeri pada tangan dan kaki se jak 1 bulan yang la lu, sehingga tangan dan kaki menjadi sulit untuk digerakkan.

Gangguan penglihatan se jak 1 bulan yang la lu, pasien masih dapat melihat namun kabur. Batuk se jak 3 minggu yang la lu, batuk hilang timbul, disertai dahak berwarna putih, batuk berdarah tidak ada, batuk tidak disertai sesak nafas. Demam se jak 1 hari yang la lu, demam hilang timbul, tidak tinggi dan tidak menggigil, demam tidak disertai keribut banyakk. Pasien sebelumnya telah dirawat di rumah sakit swasta 2 minggu yang la lu karena tuka k yang nyeri di seluruh tubuh, dirawat selama 2 minggu, namun karena tidak ada perbaikan ke luarga pasien meminta untuk dirujuk.

Pasien menikah dan memiliki 1 orang suami dan 10 orang anak (4 orang anak laki-laki dan 6 orang anak perempuan). Pasien adalah seorang ibu rumah tangga dan juga berdagang makanan. Almarhum suami pasien bekerja sebagai pedagang. Pasien tinggal bersama anak ke – 8 (mengalami keterbelakangan mental) se jak 5 bulan yang la lu. Sebelumnya pasien tinggal bersama anak bungsu pasien, namun karena anak bungsu pasien menikah 5 bulan yang la lu, maka ia memutuskan untuk tinggal bersama suami. Pasien paling dekat dengan anak bungsunya. Se jak pasien ditinggalkan oleh anak bungsunya pasien menja di cepat marah dan lebih banyak tidur. Oleh karena pasien yang gampang marah dan tidak mau untuk dirawat maka anak pasien yang la in menja di enggan untuk mengurus pasien, sehingga pasien lebih banyak diurus oleh anaknya yang mengalami keterbelakangan mental, sedangkan anak pasien yang la in hanya mengunjungi pasien dalam waktu singkat, sekedar untuk mengantarkan makanan.

Sejak 5 bulan yang la lu pasien hanya berbaring di tempat tidur dan tidak

me lakukan aktivitas apapun, pasien makan disuapkan oleh anak pasien dan dimandikan. Pasien BAB dan BAK di tempat tidur yang telah dilapisi oleh per lak. Anak pasien hanya membersihkan tubuh bagian depan pasien saja jika terkena BAB atau BAK, sedangkan tubuh bagian belakang tidak ada dibersihkan.

Sebelum sakit, pasien masih bisa me lakukan aktivitas sehari-hari. Pasien kurang aktif dalam kegiatan sosial dan lingkungan. Pasien tidak bekerja, pasien mendaftarkan biaya hidup dari anak-anaknya, terutama anak ke 4. Sebelum pasien mengalami perubahan kesadaran, makan 3x sehari namun, semenjak mengalami perubahan kesadaran, pasien hanya makan setengah dari porsi normal.

Pada saat datang rawatan, kesadaran pasien delirium, dengan tekanan darah 160/100 mmHg, frekuensi nafas 23x/ menit, frekuensi nadi 110x/ menit, dan suhu tubuh 37.7 oC. Body mass index pasien 15.5 kg/m², pasien termasuk kategori underweight. Pada pemeriksaan fisik didapatkan konjungtiva anemis dan kedua lensa mata keruh. Pada pemeriksaan telinga luar terdapat luka lecet pada aurikula (D). Pada pemeriksaan fisik paru didapatkan ronkhi basah halus nyaring di kedua lapangan paru. Pemeriksaan ekstremitas dite muka n edema bilateral. Pada pasien ditemukan ulkus decubitus di regio coxa l (D) berukuran 10x10x5 cm dan 5x2x1 cm, regio pate llar (S) berukuran 5x2.5x1 cm. Pasien juga mengalami kontraktur kedua tungkai Geriatric Comprehensive Assesment sukar dilakukan pada pasien ini. Penapisan depresi dan mini mental state examination (MMSE) sukar dinilai pada pasien. Activity Daily Living (ADL) Barthel pasien termasuk kategori ketergantungan total. Mini nutritional assessment (MNA) pasien termasuk kategori malnutrisi.

Pemeriksaan penunjang menunjukkan Hb 74 gr/dL, leukosit 13.270/mm³, hitung jenis leukosit 0/1/3/85/9/2, trombosit 495.000/mm³, MCV 88 fL, MCH 29 pg, MCHC 33%, Retikulosit 4.8 %. Pada pemeriksaan gambaran darah tepi didapatkan anemia sedang normositik normokrom dengan polikromasi, leukositosis dengan

netrofilia shift to the right, trombositosis. Pada pemeriksaan kimia klinik didapatkan albumin 1,9 g/dl. Pemeriksaan urin rutin didapatkan leukosit urin 8-10/ LPB dengan yeast (+). Benzidin test (+) pada pasien ini. Pemeriksaan electrocardiography (EKG) memberikan kesan low voltage. Pemeriksaan rontgen thoraks memberikan kesan bronkopneumonia. Pemeriksaan kultur sputum dengan hasil no growth, kultur pus klebsiella pneumoniae yang sensitif dengan amikacin, dan kultur urin ditemukan candida sp.

Pasien diberikan terapi yaitu antibiotik ceftriaxon inj 2x1 gr, levofloxacin inj 1x500 mg, metronidazol inj 3x500 mg, drip amikacin 2 x 500 mg, fluconazol inj 1 x 200 mg, transfusi PRC, n-acetylsistein 3x200 mg (p.o), parasetamol 3x500 (p.o), amlodipin 1x5 mg. C. lytre 4 x sehari ODS. Pasien diberikan nutrisi energi 1100 kkal, protein 40gr, lemak 25 %, dengan nutrisi oral berupa nasi lunak 2x300 kkal (target 80%), bubur putih 1x200 kkal, peptamen 2x150 kkal, putih telur 2 butir/ hari. Nutrisi parenteral: Aminofluid 500 ml/ 24 jam. Mikronutrien: vitamin C 2x0 mg, Zinc 1x20 mg. Pasien juga diberikan Plasbumin 20% 100 ml 1x per hari. Pada pasien dilakukan redressing 1 kali sehari dengan salaf lucret plus 1 kali sehari, penggunaan kasur dekubitus dan mobilisasi dini berupa miring kiri dan miring kanan setiap 3 jam serta lingkup gerak sendi pasif.



Gambar 1. Luka lecet pada aurikula (D)



Gambar 2. Ulkus dekubitus grade III – IV pada bokong pasien



Gambar 3. Kontraktur terjadi pada pasien

Diskusi

Tekah dirawat seorang pasien perempuan usia 91 tahun di Bagian Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan diagnosis akhir sindrom delirium akut, multiple ulkus dekubitus grade III – IV,

hospitalized acquired pneumonia, infeksi saluran kemih, anemia sedang normositik normokromec perdarahan akut, hipertensi stage I essential, imobilisasi dengan ketergantungan total, malnutrisi, inkontinensia urin, katarak imatur ODS.

Pasien ini mengalami salah perlakuan atau elderly mistreatment. Elderly mistreatment adalah segala jenis hal yang membahayakan termasuk tindakan kasar, pengabaian, eksploitasi, serta kejahatan terhadap hak azazi manusia. Jenis salah perlakuan pada usia lanjut dapat berupa pengabaian fisik, pengabaian psikologis, pengabaian finansial ataupun material Johannesen et al (2016) meneliti faktor risiko elderly mistreatment, dan menemukan empat faktor risiko utama kasus ini yaitu; lansia itu sendiri, perilaku, hubungan dalam keluarga dan lingkungan.³

Faktor risiko dari lansia itu sendiri dapat berupa gangguan kognitif, gangguan perilaku, penyakit psikiatrik atau masalah psikologis, ketergantungan fungsional, kesehatan fisik yang buruk, pendapatan rendah, trauma atau riwayat penganiayaan dan suku atau etnis. Gangguan kognitif sebagai salah satu faktor risiko dibuktikan dari beberapa studi yang dilakukan pada populasi umum, studi lansia yang membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dan studi lansia dengan demensia. Studi-studi tersebut menunjukkan bahwa gangguan fungsi kognitif berisiko menyebabkan terjadinya salah perlakuan. Sementara itu, gangguan perilaku pada lansia yang menjadi faktor risiko salah perlakuan meliputi sikap provokatif, agresif atau menolak perawatan. Hal tersebut dibuktikan pada beberapa studi yang dilakukan pada lansia yang membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dan pada studi lansia dengan demensia. Faktor risiko salah perlakuan pada pasien ini yaitu gangguan kognitif dan sikap provokatif.⁴

Disharmoni keluarga atau hubungan yang buruk dan konflik dalam keluarga juga merupakan faktor risiko terjadinya salah perlakuan pada lansia. Pada pasien ini terdapat konflik internal terhadap perawatan

pasien, yakni tidak ada anak pasien yang dengan sukarela merawat pasien. Faktor risiko salah perlakuan pada lansia dari aspek lingkungan disekitar pasien diantaranya yaitu dukungan sosial yang rendah dan tinggal bersama orang lain. Hal tersebut berdasarkan hasil studi pada populasi umum dan lansia yang membutuhkan bantuan dari aktivitas sehari-hari.⁴

Salah perlakuan pada pasien ini dapat dicegah jika keluarga pasien memahami kondisi perubahan fisik dan psikologis pada lansia. Peran keluarga merupakan jalan keluar untuk kasus ini. Pada pasien akan dilakukan home care, tempat tinggal pasien dapat dengan mudah dijangkau oleh tenaga kesehatan, sehingga direncanakan perawatan luka setiap hari oleh tenaga medis, dan keluarga telah bersepakat untuk merawat pasien ini secara paripurna. Elderly mistreatment dapat menimbulkan berbagai masalah medis pada pasien ini.

Pasien ini didiagnosis dengan sindrom delirium akut. Pasien masih dapat kontak namun tidak nyambung, dan terkadang pasien gelisah. Sindrom delirium merupakan kondisi yang sering dijumpai pada pasien geriatri di rumah sakit. Sindrom ini sering tidak terdiagnosis dengan baik saat pasien berada di rumah (akibat kurangnya kewaspadaan keluarga) maupun saat pasien sudah berada di unit gawat darurat atau unit rawat jalan. Gejala dan tanda yang tidak khas merupakan salah satu penyebabnya. Setidaknya 32% - 67% dari sindrom ini tidak terdiagnosis oleh dokter, pada hal kondisi ini dapat dicegah. Faktor predisposisi yang ditemukan pada pasien ini antara lain usia sangat lanjut dan gangguan sensorium. Sedangkan, faktor pencetus pada pasien antara lain pneumonia, infeksi saluran kemih, hiponatremia, dan perubahan psikologis serta perubahan lingkungan.⁵

Gejala sindrom delirium terjadi secara akut dan berfluktuatif, dari hari ke hari dapat terjadi perubahan gejala secara bergantian. Gejala yang membedakan dengan demensia yaitu perhatian pasien sangat terganggu, pasien tidak mampu

mempertahankan konsentrasi maupun perhatian pada satu topik pembicaraan.⁶

Penatalaksanaan sindrom delirium bertujuan untuk mengatasi faktor pencetus dan faktor predisposisi. Secara umum penanganan yang bersifat suportif sangat penting dalam pengelolaan pasien sindrom delirium, baik untuk pengobatan maupun pencegahan. Asupan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kenyamanan pasien harus diupayakan seoptimal mungkin. Keberadaan anggota keluarga atau yang selama ini merawat akan sangat berperan dalam memulihkan orientasi dan sedapat mungkin ruangan pasien tenang dan cukup penerangan.⁶

Pada pasien kemungkinan depresi belum dapat disingkirkan. Depresi merupakan penyakit dengan tampilan gejala yang tidak spesifik pada populasi geriatri. Faktor psikososial berperan sebagai faktor predisposisi depresi. Orang tua seringkali mengalami periode kehilangan orang-orang yang dikasihinya. Faktor kehilangan ini dapat meningkatkan kerentanan terhadap depresi dengan berkurangnya kemampuan merawat diri serta hilangnya kemandirian. Kehilangan penghasilan dan dukungan sosial juga menjadi faktor predisposisi pasien lanjut usia mengalami depresi. Depresi dapat memperberat penyakit medis dan sebaliknya penyakit medis dapat memperberat depresi.⁷ Pasien juga mengalami gangguan sensoris yaitu katarak imatur ODS, sehingga pasien menjadi terisolasi dan berujung depresi.

Imobilisasi dapat menimbulkan komplikasi medis lain pada pasien, seperti infeksi, ulkus dekubitus, inkontinensia, hipoalbuminemia, dan lainnya. Imobilisasi mungkin menyebabkan proses degenerasi yang terjadi pada sebagian besar sistem organ. Imobilisasi dikaitkan dengan terjadinya pneumonia dan infeksi saluran kemih pada pasien ini. Akibat imobilisasi retensi sputum dan aspirasi lebih mudah terjadi pada pasien geriatri. Pada posisi berbaring otot diafragma dan interkostal tidak berfungsi dengan baik sehingga gerakan dinding dada juga menjadi terbatas yang menyebabkan sputum sulit keluar.

Kondisi ini disertai dengan daya pegas (recoil) elastik yang sudah berkurang (karena proses menua) yang memudahkan usia lanjut untuk mengalami pneumonia.⁸

Hospitalized acquired pneumonia (HAP) terjadi pada pasien ini. Faktor risiko HAP pada pasien ini yaitu usia yang lebih dari 60 tahun, kadar albumin serum yang rendah dan malnutrisi. Pasien mungkin mengalami late onset HAP, yaitu HAP yang terjadi setelah 5 hari atau lebih masa rawatan dan lebih sering disebabkan oleh patogen multi drug resistant (MDR). Faktor risiko MDR pada pasien ini meliputi riwayat rawatan lebih dari 2 hari di rumah sakit. Diagnosis HAP sulit ditegakkan pada pasien karena gejala klinis pneumonia pada pasien usia lanjut sering tidak khas. Perubahan mental status dapat menjadi gejala klinis yang paling umum pada pasien usia lanjut.⁹

Pemberian antibiotik harus segera diberikan pada pasien usia lanjut dengan HAP, tanpa menunggu hasil kultur. Pasien yang diberikan antibiotik 4 – 8 jam pertama akan mengalami peningkatan kelangsungan hidup/ daya survival. Terapi antibiotik yang diterima pasien dalam 2 minggu terakhir tetap dapat diberikan sampai menunggu hasil kultur, dan jika memungkinkan hindari penggunaan kelompok antimikroba yang sama. Perbaikan klinis pada umumnya akan tampak dalam 2 – 3 hari, dan terapi tetap dilanjutkan minimal dalam 7 – 8 hari, kecuali jika terjadi perburukan klinis.⁹

Aliran urin juga terganggu pada pasien ini, akibat tirah baring yang kemudian menyebabkan infeksi saluran kemih lebih mudah terjadi. Inkontinensia urin pada usia lanjut yang mengalami imobilisasi, umumnya disebabkan ketidakmampuan ke toilet, berkemih yang tidak sempurna, gangguan status mental, dan gangguan sensasi kandung kemih.¹⁰

Pasien juga mengalami infeksi saluran kemih. Selama perawatan di rumah pasien memakai popok dan tidak kerap diganti dengan yang bersih dan kering setelah popok penuh dengan BAK, sehingga daerah genitalia akan menjadi area yang baik untuk bakteri penyebab ISK berkembang

baik. Inkontinensia urin sering merupakan gejala ISK pada penderita geriatri. Saat ini antibiotik golongan kuinolon merupakan terapi pilihan empiris.^{11,12}

Pasien ini juga mengalami inkontinensia urin. Dari anamnesis didapatkan bahwa pasien sudah tidak dapat menahan BAK sejak 5 bulan yang lalu. Inkontinensia urin seringkali tidak dilaporkan oleh pasien atau keluarga, antara lain karena menganggap bahwa masalah tersebut merupakan masalah yang memalukan atau tabu untuk diceritakan, ketidaktahuan mengenai masalah inkontinensia urin, dan menganggap bahwa kondisi tersebut merupakan sesuatu yang wajar terjadi pada orang usia lanjut serta tidak perlu diobati. Berbagai komplikasi dapat menyertai inkontinensia urin seperti infeksi saluran kemih, kelainan kulit, dan decubitus. Pada pasien usia lanjut sering terjadi inkontinensia tipe campuran. Kombinasi antara inkontinensia urin tipe stres dan urgensi yang paling sering ditemukan. Delirium dapat menyebabkan proses hambatan refleksi miksi berkurang sehingga menimbulkan inkontinensia yang bersifat sementara.¹³

Menurut The National Pressure Ulcer Advisory Panel pasien ini termasuk ke dalam ulkus dekubitus stage III dan IV. Terapi ulkus dekubitus pada pasien ini berupa pemberian antibiotik sistemik dengan regimen terapi yang ditujukan untuk gram positif, negative dan anaerob, penggunaan kasur anti-dekubitus yang disertai dengan reposisi setiap 3 - 4 jam, dan perawatan luka dengan disertai pemberian antibiotik topikal sulfadiazin. Pada pasien juga telah dilakukan konsultasi bedah untuk penutupan luka, namun karena usia pasien yang sangat lanjut dan kondisi pasien yang belum stabil maka pada pasien dilakukan tindakan konservatif saja. Pada pasien didapatkan Hb 7 g/dL pada saat masuk, hal ini disebabkan karena adanya manifestasi perdarahan pada ulkus dekubitus pasien, dan pasien ditatalaksana dengan transfusi PRC dengan target Hb 10 g/dL. Pada pasien diberikan pemberian vitamin dan mineral berupa vitamin C dan zinc untuk

penyembuhan luka. Penelitian Chao et al (2013) menemukan bahwa pemberian vitamin c dan zinc berperan dalam penyembuhan luka, ditandai dengan penurunan ukuran ulkus.¹⁴ Pada kultur pus pasien ditemukan kuman klebsiella pneumoniae, sensitif dengan amikacin, sehingga pada pasien dilakukan penggantian antibiotic dengan drip amikasin 2 x 500 mg.

Berdasarkan penilaian status gizi, pasien ini mengalami malnutrisi. Kondisi gizi kurang paling sering bermanifestasi sebagai kurang energi protein (KEP) yang ditandai dengan adanya penyusutan massa otot yang bermakna (wasting syndrome) dan IMT yang rendah pada pemeriksaan klinis serta hasil pemeriksaan biokimiawi seperti albumin atau protein lain yang menurun.¹³ Pasien ini termasuk pasien berisiko tinggi untuk mengalami refeeding syndrome berdasarkan kriteria NICE 2006. Oleh sebab itu pada pasien diberikan pemberian diet secara bertahap, dimulai dengan 80% dari total diet pasien selama 3 hari pertama dan dinaikkan secara bertahap dalam 7 hari sampai dengan kebutuhan penuh pasien.¹⁶

Hipalbuminemia pada pasien ini juga dikaitkan dengan imobilisasi. Imobilisasi akan mempengaruhi sistem metabolik dan endokrin yang akibatnya akan terjadi perubahan terhadap metabolisme zat gizi. Salah satu perubahan yang terjadi adalah pada metabolisme protein. Kadar plasma kortisol lebih tinggi pada usia lanjut dengan imobilisasi sehingga metabolisme protein akan lebih rendah pada pasien usia lanjut dengan imobilisasi. Keadaan tidak beraktivitas dan imobilisasi selama 7 hari akan meningkatkan ekskresi nitrogen urin. Peningkatan ekskresi nitrogen mencapai puncak dengan rata-rata kehilangan 2 mg/hari, sehingga pasien akan mengalami hipoproteinemia dan edema.^{8,10}

Pasien juga menderita hipertensi esensial. Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi sebelumnya. Riwayat anggota keluarga hipertensi tidak diketahui. Berdasarkan JNC - 8, bahwa target tekanan darah pada pasien usia lanjut tanpa komorbid adalah < 150/90 mmHg. Pada pasien

diberikan terapi diet rendah garam dan pemberian antihipertensi golongan calcium channel blocker. Prinsip penata laksanaan hipertensi pada pasien usia lanjut yaitu dengan pemberian obat “start low and progress slow”. Pasien hipertensi usia lanjut sering mengalami pengurangan elastisitas arteri. American society of hypertension dan JNC 8 merekomendasikan penggunaan CCB sebagai terapi anti hipertensi pada usia lanjut, hal ini berkaitan dengan keamanan obat pada pasien dan efek CCB yang dapat melebarkan arteri dengan mengurangi aliran kalsium ke dalam sel, sehingga menurunkan tekanan darah.¹⁷

Pada pasien seharusnya dilakukan mobilisasi segera dan perbaikan posisi, dengan memposisikan pasien dengan berbagai cara sehingga pasien dapat berbaring dengan ditopang oleh sendi yang sama ketika pasien berada pada posisi berdiri, seperti kepala, punggung dan ekstremitas pada posisi lurus; dan ankle juga pada posisi berdiri, seperti ekstremitas dan kaki membentuk sudut 90 derajat. Namun pada pasien telah terjadi kontraktur atau adanya hambatan pergerakan sendi, sehingga dianjurkan untuk latihan sendi pasif, dengan minimal peregangan dan pergerakan lambat, dapat dilakukan satu sampai dengan dua kali sehari.¹⁸

KESIMPULAN

Elderly mistreatment harus dicurigai pada pasien dengan mutipe l sindrom geriatric. *Elderly mistreatment* pada umumnya disebabkan oleh pengasuh, dapat dicegah jika ada kesepakatan dan sukarela keluarga dalam perawatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wang MX, Brisbin S, Loo T, Straus S. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. *CMAJ*. 2015;187(8):575 – 80
2. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016; 56(2):194 – 205
3. Johannesen M, LoGiudice D. Elder Abuse: A Systematic Review of Risk Factors in Community-Dwelling Elders. *AgeAgeing*. 2013;42(3):292-8
4. Ummi UM, Noto D. Faktor Risiko dan Tata laksana Salah Perlakuan terhadap Orang Tua. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*. 2016: 52 – 7
5. Rath I, Kuntjoro H, Siti S, Arya GR. Incidence and Predictors for Delirium in Hospitalized Elderly Patients: a Retrospective Cohort Study. *Acta Medica Indonesia*. 2012: 290 – 7
6. Czeresna Heriawan. Sindrom delirium. *PAPDI*. 2016: 3795 - 9
7. HC Soejono, Probosuseno, Nina KS. Depresi pada Pasien Usia Lanjut. *PAPDI*. 2016: 3810 – 16
8. Wijaya PL, Siti S, Kuntjoro H. Management of immobilization and its complication for elderly. *Acta Medica Indonesia*. 2008. 233 – 9
9. Chao-Hsien Lee, Chien-Liang Wu. An Update on the management of hospital – acquired pneumonia in the elderly. *Elsevier*. 2008: 183 – 9
10. Setiati S, Arya GR. Imobilisasi pada Usia Lanjut. *PAPDI*. 2016: 3758 -63
11. Czeresna Heriawan. Infeksi Saluran Kemih pada Geriatri Maj Kedokt Indon. 2005: 165 – 8
12. Wahyudi ER. Prevalensi infeksi saluran kemih dan sebaran faktor risiko pada pasien usia lanjut di RSCM. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI;2004.p.36
13. Fauci A, Kasper D, Longo D, Braunwald EH, S Jameson et al. *Clinical problem of aging. Harrison's principle of internal medicine*. 18th ed. Mc Graw – Hill. 2011
14. Beth SM, Anne tte T, David H, Rongwei F, Ngoc W et al. Pressure ulcer treatment strategies. *Annals*. 2013: 39 – 46
15. Setiati S, Purwita. Pedoman Nasional Asuhan Nutrisi pada Orang Usia Lanjut dan Pasien Geriatri. *PERGEMI*. 2017: 11

16. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. [internet] 2006. Available from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/chapter/1-Guidance>
17. Hasan Mujtaba, Iqbal Akhtar. Essential Hypertension in Elderly. Open J Cardiol Heart Dis. 2019: 1-9
18. Turpie AGG, Chin BSP, Lip GYH. Venous thromboembolism: pathophysiology, clinical feature, and prevention. BMJ. 2002;325:887-90.