

DOKTER SPESIALIS GERIATRI SEBUAH PROFESI BARU DI INDONESIA

Triwibowo dan Wasilah Rochmah

Sub Bagian Geriatri/Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada,
Yogyakarta

Abstract

The number of the elderly is increasing. In the year of 2000 the number in Indonesia will be about 23 million or about 11 % of all Indonesia. It is predicted that in 2020 Indonesia will be the fourth country in the world that has many elderly, meanwhile in Yogyakarta the number was about 317,043. While doctors specializing on child health in Yogyakarta is about 30 doctors and they work for about 804,038 children, there is no doctor specializing on geriatrics for 314,043 elderly. Therefore, education for doctors specializing on geriatrics is really needed.

Key words: number of elderly, geriatric specialist doctor, education doctors specializing on geriatric

Pendahuluan

Sudah banyak dilaporkan bahwa segmen penduduk usia lanjut di negara industri maju maupun di banyak negara berkembang telah mengalami pertambahan yang cepat, bahkan beberapa diantaranya lebih cepat daripada yang lain dan bisa dianggap sebagai suatu *longevity revolution*.^{1,2,3}

Gejala ini juga tampak di Indonesia dan pada tahun 2000, mereka yang berumur 55 tahun ke atas diproyeksikan akan berjumlah 23 juta atau sekitar 11 % dari total dunia.⁴

Dalam GBHN tahun 1993 disebutkan bahwa sebagai akibat keberhasilan pembangunan Indonesia, maka usia harapan hidup makin bertambah panjang

sehingga kelompok usia lanjut secara proporsional makin bertambah banyak.⁵ Bahkan pada tahun 2020 jumlah usia lanjut di Indonesia diperkirakan akan menjadi yang terbesar ke-4 di dunia, karena Uni Sovyet (USSR) yang juga banyak memiliki jumlah usia lanjut telah terbagi menjadi beberapa negara.⁶ Dalam GBHN diamanatkan pula bahwa mereka kelompok penduduk yang karena pengalaman, kearifan dan keahliannya diharapkan dapat berperan serta dalam proses pembangunan bangsa. Sedangkan bagi mereka yang karena kondisi fisik tidak memungkinkan perlu perhatian khusus dari pemerintah maupun masyarakat.⁵ Tampak jelas bahwa kedudukan para orang tua di

Indonesia cukup terhormat sehingga dengan sendirinya diperlukan suatu sistem kesehatan yang dapat mempertahankan kemandirian mereka selama mungkin.

Di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), jumlah usia lanjut pada sensus penduduk tahun 1990 adalah 317.043 orang,⁷ sedangkan dokter spesialis yang tertarik untuk mendalami seluk beluk kesehatan usia lanjut masih dirintis.

Hal tersebut tampak kontras bila dibandingkan dengan anak-anak di DIY, dari 0 - 14 tahun berjumlah 804.038 dengan dokter spesialis anak yang berdomisili di DIY sekitar 30 orang atau \pm 27.000 anak untuk setiap dokter spesialis. Dari keadaan di atas mungkin sudah waktunya untuk dipikirkan adanya dokter spesialis geriatri yang diharapkan dapat memberikan pelayanan spesialistik bagi para usia lanjut, agar pengawasan kesehatan mereka lebih terjamin.

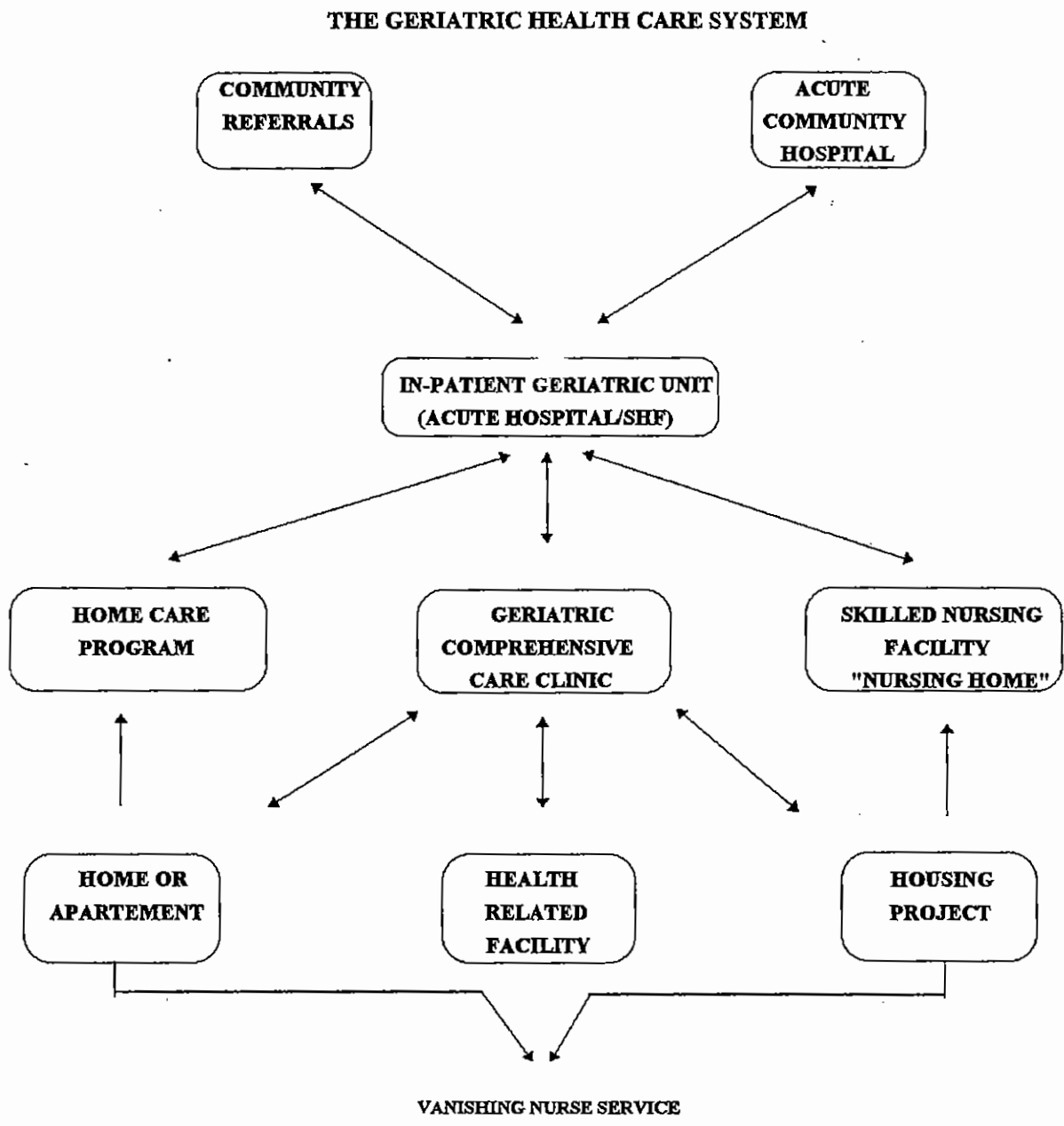
Sistem Pemeliharaan Kesehatan

Untuk dapat menyusun program kesehatan bagi usia lanjut secara paripurna diperlukan keterkaitan dan kerja sama banyak pihak dari kalangan profesi maupun para peneliti, misalnya dari bidang psikologi, demografi, sosiologi, hukum, ekonomi, kesehatan mental, lingkungan hidup, di samping dari kesehatan usia lanjut, dan lain-lain. Apabila dilihat dari batasan geriatri pun sudah tampak bahwa cabang ilmu ini memang memerlukan pendekatan multi-disipliner dalam bentuk

tim yang bekerja dalam sistem kerja terpadu. Batasan tersebut adalah sebuah cabang ilmu kedokteran yang menyangkut aspek klinis, sosial, preventif serta pengobatan pada keadaan sakit dari usia lanjut.^{8,9}

Banyak diakui bahwa untuk membuat batasan yang tepat memang sukar, tetapi dari batasan di atas, menunjukkan adanya sebuah kontinuitas dan pendekatan holistik. Dari sudut usia tua pun sebenarnya juga tidak dapat dibuat batas, mengingat bahwa proses ketuaan dapat dilihat dari berbagai aspek antara lain aspek biologik, sosial-psikologik, kronologik dan lain-lain. Dalam hal ini WHO telah membuat kesepakatan bahwa usia kronologik dapat dipakai pedoman, karena secara demografik mudah dihubungkan dengan usia harapan hidup, yaitu usia 60 tahun sebagai usia transisi ke segmen penduduk tua dan usia 65 tahun sebagai batas awal dari usia lanjut.⁶ Ternyata batas angka tersebut belum dianggap cukup dan masih mengalami pengelompokan lagi sesuai kondisi dan tingkat kemampuannya.¹⁰

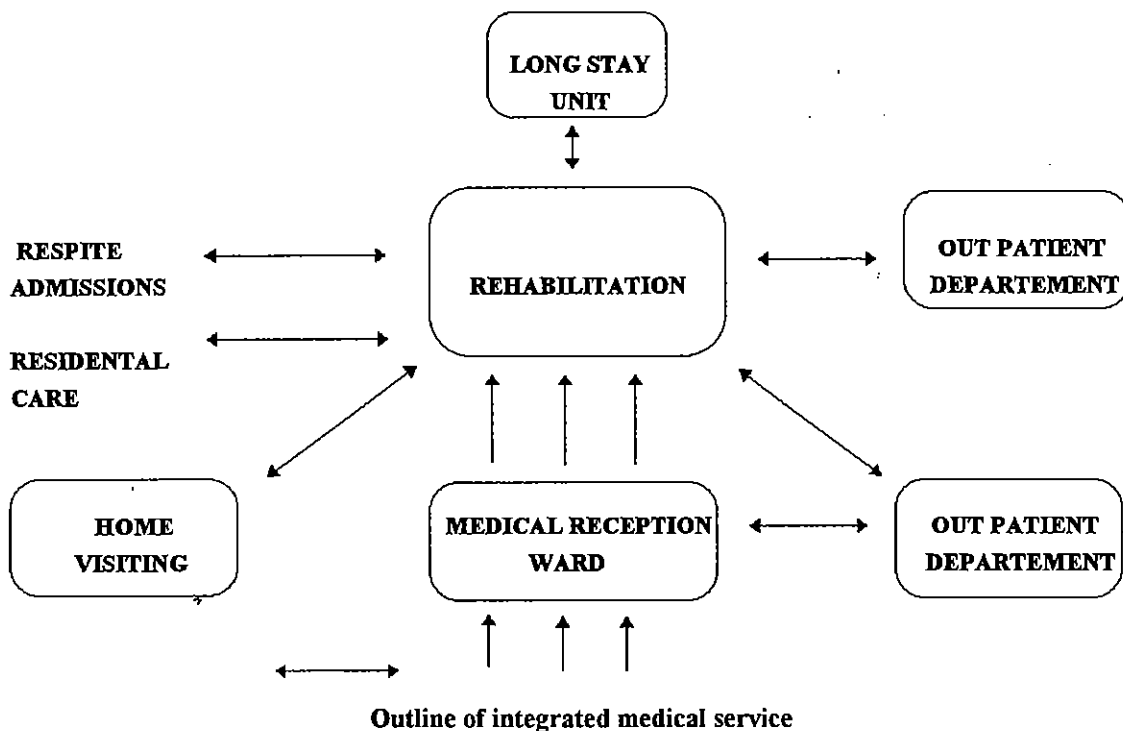
Arah pembangunan ditujukan untuk meningkatkan SDM serta kualitas hidup dan usia harapan hidup, maka menjadi jelas bahwa problema usia lanjutpun perlu ditangani secara sistematis dan searah dengan amanat tersebut, antara lain dengan mengoptimalkan sistem rujukan yang sekarang ini telah berjalan.¹¹ Model jaringan kerja dan sistem rujukan tergambar dalam laporan Libow¹² (Gambar 1).



Gambar 1.
Sistem pemeliharaan kesehatan geriatri

Berbicara mengenai pelayanan kesehatan usia lanjut di rumah sakit, saat ini sedang disusun oleh Direktorat RSU dan Dirjen Yanmed Depkes untuk rumah sakit

kelas A dan B. Agar diperoleh gambaran tentang unit pelayanan rumah sakit usia lanjut, disampaikan sebuah contoh di Newcastle General Hospital¹⁴ (Gambar 2).



Gambar 2.
Pelayanan medik yang terintegrasi¹⁴

Dari gambar tersebut tampak bahwa peran rehabilitasi sangat dominan mengingat bahwa pelayanan kesehatan bagi para usia lanjut sekarang lebih dituju-kan agar para usia lanjut dapat mandiri selama mungkin di rumah masing-masing. Hal ini juga untuk mereka yang sudah terlanjur dalam keadaan sakit. Sedangkan bagi mereka yang belum sakit perlu dilakukan *screening* dan *case finding* untuk identifikasi risiko atau kecenderungan terhadap penyakit tertentu, untuk selanjutnya dilakukan usaha-usaha pencegahan.¹⁵ Sebegitu jauh hubungan antara pelayanan geriatri dan pelayanan penyakit yang masih akut atau yang masih aktif secara fungsional tidak dapat dipisahkan, seperti yang dilaporkan oleh

Irvine di St. Helen's Hospital di Inggris.¹⁶ Akan tetapi penderita geriatri tetap memiliki perbedaan bila dibandingkan dengan yang non-geriatri, yaitu akan tampak pada waktu dilakukan *medical audit*, di mana pada penderita pediatri perlu tambahan antara lain riwayat fungsional dalam kehidupan sehari-hari (*activity of daily living*), berbagai macam *assessment* dan catatan hasil konferensi multidisipliner.¹⁷

Di samping itu fasilitas yang memang harus dibedakan seperti adanya tempat tidur khusus, kamar mandi, lantai bangsal tidak licin. Adapun jumlah *bed* geriatri di dalam laporan Irvine tersebut dikatakan 6 *bed* per 1.000 penduduk usia di atas 65 tahun. Di distrik Hastings terdapat 68 *bed* untuk usia 65 tahun,

ditambah *bed* geriatri 182 terbagi menjadi 74 *bed* penyakit akut, 88 *bed* rehabilitasi dan 20 *bed* orthopedi. Populasi penduduk distrik tersebut adalah 150.000 orang dengan 27,4% berumur di atas 75 tahun.

Untuk menambah ilustrasi, di bawah ini disampaikan jumlah pengunjung Poli Geriatri RSUP Dr. Sardjito setelah dilakukan restrukturisasi di instalasi rawat jalan sejak bulan Januari sampai Maret 1995 (Tabel 1).

Dari tabel tersebut tampak bahwa pada bulan Januari hanya terdapat 1 pengunjung saja, selanjutnya terdapat kenaikan yang mencolok setelah ada pendekatan dari berbagai pihak, dari pihak direksi maupun instalasi rawat jalan. Apabila dibandingkan dengan pengunjung di poli sub spesialisasi, maka beban kerja geriatri menjadi paling besar. Belum lagi beban kerja di bangsal geriatri yang sementara ini masih merupakan bagian dari bangsal penyakit dalam. Dalam *master*

plan RSUP Dr. Sardjito akan ada 60 *bed* geriatri dengan fasilitas khusus bagi penderita usia lanjut.

Spesialis Geriatri

Dari uraian di atas dapat dilihat bahwa keperluan adanya tenaga yang memang khusus menangani masalah geriatri di Indonesia sudah sangat mendesak, bahkan saat ini terkesan terlambat karena data dasar baik di bidang medik maupun non-medik masih terlalu sedikit, sehingga sukar untuk menyusun perencanaan yang agak menyeluruh.

Dengan makin panjangnya usia harapan hidup berarti *longevity revolution* di Indonesia sebenarnya dimulai sejak awal PJP I yang lalu, dan seharusnya dalam PJP II sudah dimulai program pengadaan SDM yang memadai, antara lain dengan program pendidikan dokter spesialis geriatri.

Tabel 1.
Jumlah kunjungan penderita di Poliklinik Penyakit Dalam dan Sub Bagian Geriatri di RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta Januari s.d. Maret 1995

Poliklinik	Bulan		
	Januari	Februari	Maret
Penyakit Dalam	902	794	736
Kardiologi	331	286	369
Pulmonologi	286	256	341
Endokrin	61	81	50
Gastro/Hepatologi	22/17	34/37	14/11
Nefrologi	30	30	31
Rematologi	19	18	8
Onkologi	15	22	15
Hematologi	16	27	15
Geriatri	1	350	722
Jumlah	1.700	1.905	2.312

Dilihat dari pola penyakit pada usia lanjut yang sebagian besar bersumber pada degenerasi yang terus makin bertambah¹⁸, memang diperlukan penanganan spesialistik yang berwawasan luas.

Pengadaan dokter spesialis geriatri di Indonesia, tampaknya menganut sebuah kerangka berfikir bahwa geriatri merupakan pendalaman dari ilmu penyakit dalam. Padahal bila diperhatikan lebih seksama, maka percabangan ilmu penyakit dalam sekarang ini adalah *organ-based* atau *disease-based* menjadi sub-bagian Kardiologi, Pulmonologi, Nefrologi, Endokrinologi, Gastro-hepatologi, Hematologi, dan Infeksi. Masih akan ditambah lagi dengan Rematologi, Onkologi. Padahal geriatri pertumbuhannya mirip dengan pediatri, yaitu *population-based* yang menyentuh hampir semua sub-bagian-sub bagian baik yang di penyakit dalam maupun disiplin ilmu-ilmu lain.

Kalau kerangka kerja ini masih akan diikuti, maka di waktu yang akan datang timbul gejala-gejala antara lain sebagai berikut:

1. Produksi dokter geriatri sangat sedikit, karena spesialis penyakit dalam saja masih belum mencukupi.
2. Tidak mudah membangkitkan motivasi para dokter untuk mau bekerja pada sebuah kompleks morbiditas yang mempunyai angka mortalitas tidak akan pernah kurang dari 100 %. Kondisi patologi karena ketuaan secara alami akan semakin menurun dan usaha perbaikan yang dilakukan hanya bersifat penundaan.

Dengan tidak seimbangny jumlah "konsumen" dengan SDM spesialistik yang ada, maka terbuka peluang bagi lembaga

pendidikan di luar penyakit untuk membuat langkah atau program terobosan untuk sekedar mencukupi kebutuhan "pasar".

Usulan dan Pertimbangan tentang Pendidikan Spesialis Geriatri

Untuk mengatasi kesenjangan antara kebutuhan dan tersedianya tenaga spesialis geriatri, maka dapat dipikirkan beberapa langkah sebagai berikut:

1. Bagian penyakit dalam di Rumah Sakit Pendidikan segera membentuk sub-bagian geriatri yang merupakan tenaga inti dari tim pelayanan geriatri (SMF) yang multidisipliner di rumah sakit tersebut.
2. Sub-bagian geriatri penyakit dalam, menyusun program pendidikan spesialis geriatri untuk mengantisipasi keperluan SDM spesialistik secara nasional. Program pendidikan atau pelatihannya memerlukan dasar penyakit dalam, nampaknya memang sudah menjadi kebutuhan masyarakat seperti misalnya geriatri, dokter olah raga, dokter keluarga, kesehatan remaja, dan lain-lain.
3. Tujuan pendidikannya adalah untuk memperoleh tenaga dokter spesialis geriatri yang memiliki pengetahuan, ketrampilan serta etika klinik bagi pelayanan kesehatan multidisipliner maupun interdisipliner dalam suatu sistem pelayanan dan pemeliharaan kesehatan yang terpadu.
4. Strategi pendidikannya dapat direncanakan menjadi 3 tahap, yaitu:
Tahap I
Penyakit Dalam Dasar selama 2 tahun yaitu di Bangsal Penyakit Dalam,

Kardiologi, Pulmonologi, Rematologi, Onkologi, Infeksi

Tahap II

Bidang lain yang terkait selama 1 tahun, yaitu: Bedah, Ginekologi, Rehabilitas, Neurologi, Psikiatri/Psikologi, THT, Mata, Kulit, Gusi-Mulut.

Tahap III

Pelayanan geriatri di rumah sakit dan di luar rumah sakit selama 1 tahun dalam bentuk pelayanan kuratif, rehabilitatif, promotif, preventif, perawatan terminal dan terlibat dalam kegiatan organisasi dan jaringan kerja pembinaan kesehatan usia lanjut di wilayah setempat.¹⁹

5. Peserta didik adalah dokter umum yang telah memenuhi persyaratan untuk mengikuti pendidikan spesialisasi.
6. Lebih lengkap kiranya apabila di universitas di mana ada pelayanan dan pendidikan geriatri, juga dibentuk suatu Pusat Studi Gerontologi atau setidaknya *degree programs* di bidang Gerontologi. Program seperti ini telah diselenggarakan di 19 universitas di Amerika Serikat, seperti dilaporkan oleh Peterson.²⁰

Apabila program bisa dimulai pada awal Pelita VII maka pada awal Pelita VIII sudah dapat menghasilkan lulusan spesialisasi geriatri dan pada akhir PJP II masalah kesehatan usia lanjut setidaknya telah tertangani secara lebih terprogram.

Sudah barang tentu hal ini perlu pembicaraan serius dari berbagai pihak

seperti Depkes, Depdikbud, departemen lain di lingkungan Menko Kesra dan CHS.

Kesimpulan dan Saran

1. Masalah kesehatan usia lanjut sudah sangat mendesak untuk ditangani secara terprogram seperti yang diamanatkan GBHN 1993.
2. Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia diharapkan dapat menyusun program yang mengarah pada *problem solving* bagi masalah kesehatan usia lanjut di samping program pengembangan ilmu dengan pembentukan subbagian geriatri di tiap pusat pendidikan dan dilanjutkan dengan program pendidikan dokter spesialis geriatri.

Kepustakaan

1. Fillenbaum GG, The wellbeing of elderly. Approach to multi-dimensional assessment, WHO, Geneva: WHO, 1984.
2. Andrew GR., Esterman AJ., Baraunack-Mayer AJ., Rungie CM, Aging in the Western Pacific, WHO Regional Office for Western Pacific, Manila: 1986
3. Rowe JW, Aging and geriatric medicine In Wyngaarden JB, Smith LH, Bennet JC, Cecil textbook of medicine. W. B. Saunders Company, Philadelphia: 1992; 21-9.
4. Leimena SL., A geriatric medical residency program. A four-years experience. Ann Intern Med. 1976; 85: 641-7.
5. MPR RI. Tap MPR No. II/MPR/1993: GBHN Bab IV tentang Kesejahteraan Rakyat, Pendidikan dan Kebudayaan, Jakarta, MPR RI. 1993.
6. WHO, The uses of epidemiology in the study of the elderly. Technical Report Series 706. Geneva: WHO, 1985; 8-9.

7. Anonim, Penduduk menurut umur, Propinsi DIY, Kantor Statistik Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, 1990.
8. Anonim, Geriatric is medicine. *Lancet* I, 1974: 663.
9. Poe WD, The scope of geriatrics. *Ann Intern Med.*, 1975; 82: 842-843.
10. Kramer AM., Schrier RW, Demographic, social and economic issues In Schrier RW. *Geriatric medicine*, W. B. Saunders Company Philadelphia: 1990; 1-11.
11. Anonim, Program kesehatan rujukan dan rumah sakit Repelita VI. Jakarta: Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI, 1994
12. Libow LS A geriatric medical residency program. A four-years experience, *Ann Intern Med.* 1976; 85: 641-7.
13. Anonim, Laporan hasil temu kerja pembinaan usia lanjut Propinsi DIY, Kantor Wilayah Depkes. Prop. DIY, 1993
14. Evan JG, Integration of geriatric with general medical service in Newcastle. *Lancet*, 1983; I:1430-3.
15. Williamson JJ, Geriatric medicine in Great Britain: past, present and future. *Eur J. Gerontology*, 1991; 2:127-34.
16. Irvine RE, Geriatric medicine and general internal medicine. *J. R. Coll. Physicians Lond.* 1984;18:21-24.
17. Dunn RB, Day RWB, Hall MRP, Medical audit in geriatric medicine. *Age and Aging*, 1987; 16: 225-8.
18. Boedhi Darmojo R, Pola penyakit pada usia lanjut. *Pertemuan dan Pemantauan Kesehatan Usia Lanjut*, Bandung, 1992
19. Mac Lennan WJ, The Care of the elderly in Edinburg geriatric (Suppl.) 1992; 4(1): 43-55.
20. Peterson DA. Are Master's Degree in gerontology capable? *The Gerontologist*, 1984; 24: 646-51.