

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi pada lanjut usia

Depresi adalah gangguan mental dengan penampilan mood yang terdepresi, kehilangan minat atau kesenangan, penurunan energi, perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan tidur atau nafsu makan, dan kurang konsentrasi.^{14,30} Pada lansia, depresi merupakan salah satu penyakit mental yang sering terjadi.^{12,14} Kaplan dan Sadock (1997) mengungkapkan bahwa gejala depresi ditemukan pada 25% dari semua penduduk komunitas lanjut usia dan pasien rumah perawatan (*home nursing care*).³¹ Kerentanan seorang lansia terhadap kejadian depresi tidak hanya dipengaruhi oleh faktor tunggal, namun multifaktorial, yaitu faktor biologis, fisis, psikologis, dan sosial.^{12,13,31,32}

Depresi pada lansia dapat muncul dalam bentuk keluhan fisis seperti insomnia, kelemahan umum, kehilangan nafsu makan, masalah pencernaan, dan sakit kepala.^{12,13,33} Gejala-gejala tersebut sering mengacaukan diagnosis depresi pada lansia dikarenakan dokter menganggap gejala tersebut normal untuk lansia. Hal ini mengakibatkan depresi pada lansia lebih sulit dideteksi.^{12,32} Namun diagnosis awal dan terapi segera terhadap depresi pada pasien geriatri dapat meningkatkan kualitas hidup, status fungsional dan mencegah kematian dini.¹² Terdapat beberapa cara untuk menegakkan diagnosis depresi, menurut DSM-IV atau menurut ICD-10. Penggunaan DSM IV tidak spesifik dan dianjurkan

dengan skala Depresi Khusus Usia Lanjut (Geriatric Depression Scale) atau skala penilaian depresi Hamilton (Hamilton Rating Scale).^{12,32}

2.2 Pengaruh jenis tempat tinggal terhadap depresi pada lanjut usia

Dalam buku Ilmu Penyakit Dalam, Hadi Martono dan I Dewa Putu menyebutkan terdapat beberapa hunian khusus lansia. Adapun beberapa macam hunian khusus usia lanjut tersebut adalah: a.) Perumahan khusus usia lanjut, b.) Perumahan usia lanjut yang terlindungi (*sheltered housing*), c.) Panti wredha d.) Panti-rawat wredha e.) *Respite-care*.³⁴

Di Indonesia, seperti umumnya negara Asia, sebagian besar lansia bertempat tinggal dengan keluarga. Budaya ini dikenal dengan istilah *extended family system*, dimana para lansia dilayani sebagai anggota keluarga. Berdasarkan hasil survey *WHO-5-country-Study on Health of The Elderly (SEARO)* alasan masyarakat Indonesia dalam mempertahankan budaya ini adalah tanggung jawab keluarga (80%). Selain itu, masyarakat Indonesia masih berpendapat bahwa sebaiknya lansia bertempat tinggal di rumahnya sendiri.²⁵

Di sisi lain, ada lansia Indonesia yang bertempat tinggal di panti wreda. Panti wreda adalah suatu institusi hunian bersama dari para lansia yang secara fisik/kesehatan masih mandiri, akan tetapi memiliki keterbatasan di bidang sosial-ekonomi.^{23,24,34} Namun seiring dengan meningkatnya proses industrialisasi dan perkembangan jaman, pengertian tersebut menjadi tidak relevan. Pada saat ini telah banyak panti wreda yang dikelola oleh badan swasta untuk para lansia yang

tidak memiliki keterbatasan dalam bidang sosial-ekonomi.^{23,25} Jadi di Indonesia terdapat dua jenis panti wreda, yaitu panti wreda yang dikelola oleh Departemen Sosial (pemerintah) dan panti wreda swasta yang dikelola oleh badan-badan swasta.²⁵

Panti wreda pemerintah terutama diperuntukan bagi para lansia dengan keterbatasan ekonomi. Adapun persyaratan yang harus dipenuhi untuk menjadi penghuni panti wreda antara lain berusia minimal 60 tahun, memiliki surat keterangan tidak mampu, serta mendapat pengantar dari lurah setempat untuk dapat tinggal di panti wreda yang bersangkutan.³⁵ Untuk lansia yang dititipkan oleh keluarga harus disertakan surat keterangan penitipan dari pihak keluarga. Biaya pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari para lansia, biaya kesehatan, serta biaya perawatan dan pemeliharaan panti wreda berasal dari pemerintah.³⁶ Berbeda untuk panti wreda swasta, penguninya memiliki kewajiban untuk membayar sejumlah dana setiap bulannya.³⁷

Perbedaan jenis tempat tinggal ini akan menimbulkan perbedaan lingkungan sosial dimana setiap lingkungan memberikan pengaruh psikososial yang berbeda terhadap lansia. Menurut penelitian tinggal di komunitas maupun di panti wreda memiliki prevalensi masing-masing dalam kejadian dan tingkat depresi lansia.^{2,26-27,29} Penelitian yang dilakukan oleh Fitri SWA di kota Semarang memberikan hasil bahwa proporsi depresi pada lansia di komunitas (60%) lebih besar daripada tingkat depresi pada lansia di panti wreda.²¹ Hasil yang berkebalikan terjadi pada penelitian yang dilakukan oleh Masturin di Kelurahan Cacaban Kota Magelang. Pada penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa

prevalensi depresi lebih banyak ditemukan pada lansia yang tinggal di panti wreda (30%) daripada lansia yang tinggal di komunitas (15,5%).²⁹

2.3 Pengaruh faktor genetik terhadap depresi pada lanjut usia

Salah satu teori tentang etiologi depresi adalah teori neurobiologi yang menyebutkan bahwa ada peranan faktor genetik dalam hal ini.¹²⁻¹³ Beberapa penelitian genetika menunjukkan bahwa risiko depresi merupakan hasil dari pengaruh beberapa gen bersama faktor lingkungan.^{12,31,33,38} Kemungkinan terjadinya depresi pada saudara kembar monozigot adalah 60-80% sedangkan pada saudara kembar heterozigot adalah 25-35%.¹² Penelitian keluarga menemukan bahwa sanak saudara sederajat pertama dari penderita gangguan depresif berat memiliki kemungkinan 2-3 kali lebih besar untuk menderita gangguan depresif berat.³¹

2.4 Pengaruh faktor medis terhadap depresi pada lanjut usia

2.4.1 Status kesehatan

Adanya berbagai penyakit kronik atau suatu keadaan multipatologi dan polifarmasi semakin meningkatkan kejadian depresi pada lansia. Pasien geriatri yang menderita depresi sering memiliki komorbid dengan penyakit vaskular. Istilah komorbiditas menyatakan adanya dua atau lebih penyakit pada seorang pasien pada waktu yang sama. Pada pasien lansia sering ditemukan keadaan

multipatologi (menderita dua atau lebih penyakit fisis) dan tidak jarang ditemui bersamaan (komorbiditas) dengan gangguan psikis seperti depresi.^{12,39}

Penyakit yang sering terjadi bersamaan dengan depresi antara lain diabetes melitus, hipertensi, gagal jantung, penurunan fungsi hepar dan ginjal, penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer, stroke, dan arthritis. Penyakit serebrovaskular merupakan faktor predisposisi dan presipitasi sindrom depresi. Infeksi virus, endokrinopati seperti kelainan tiroid dan paratiroid, serta keganasan seperti limfoma dan karsinoma pankreas kerap menimbulkan komplikasi depresi. Penderita hepatitis C lebih dari 5 tahun akan mengalami depresi sebanyak 22,4% dan psaien-pasien yang berusia lebih dari 50 tahun secara klinis lebih mengalami depresi daripada mereka yang berusia lebih muda. Pasien dengan penyakit ginjal stadiu akhir yang menjalani dialisis, prevalensi untuk terjadi depresi dapat mencapai 25,4%.¹²

Penelitian Niti Matthew et al menyebutkan bahwa beberapa penyakit komorbid dengan prevalensi depresi adalah hipertensi, gangguan penglihatan, diabetes, arthritis, penyakit jantung iskemik, asma/COPD, stroke, osteoporosis, gagal jantung, gangguan tiroid dan gastrointestinal. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa angka prevalensi depresi lebih tinggi dengan adanya penyakit kronik.³⁹ Penelitian lain yang dilakukan oleh Dewi SY et al mendapatkan hasil bahwa prevalensi depresi pada geriatri rawat inap dengan penyakit kronis dan perawatan lama adalah 30 – 50%. Sehingga salah satu faktor risiko yang berperan terhadap terjadinya depresi tersebut adalah lama rawat di rumah sakit.⁴⁰

2.4.2 Obat-obatan yang dapat menginduksi gejala depresi

Kondisi multipatologi dengan berbagai penyakit kronik dan polifarmasi kian meningkatkan kejadian depresi pada lansia. Obat-obatan dan kondisi umum yang berhubungan dengan depresi dapat dilihat pada tabel 1.¹²

Tabel 2. Obat/kelas obat yang dilaporkan menyebabkan gejala depresi¹²

Jenis obat	Nama obat
Analgetika	kodein, morfin
OAINS	ibuprofen, naproksen, indometasin
Antihipertensi	klonidin, propranolol, kaptopril
Antipsikotik	haloperidol, klorpromazin
Ansiolitika	diazepam
Antikanker	vinkristin
Sedativa	fenobarbital, triazolam, pentobarbital
Lain-lain	simetidin, ranitidin, deksametason

Pengonsumsiian obat yang mempunyai efek depresif dilaporkan memiliki hubungan yang signifikan dengan prevalensi gejala depresi ($p=0,025$).³⁹

2.5 Pengaruh faktor demografi terhadap depresi pada lanjut usia

2.5.1 Usia

Gangguan depresif berat memiliki onset salah satunya pada usia lanjut. Rata-rata usia onset untuk gangguan depresif berat adalah kira-kira 40 tahun; dan 50% dari pasien memiliki onset antara usia 20-50 tahun.³¹ Usia yang lebih lanjut (≥ 75 tahun) dilaporkan berhubungan bermakna dengan prevalensi gejala depresi ($p=0,006$).³⁹

2.5.2 Jenis kelamin

Pada pengamatan yang hampir universal, terlepas dari kultur atau negara, terdapat prevalensi gangguan depresif berat yang dua kali lebih besar pada wanita dibandingkan laki-laki.³¹ Hal ini mungkin disebabkan oleh rendahnya kesehatan maternal.¹⁴

2.5.3 Status pernikahan

Pada umumnya, gangguan depresif berat terjadi paling sering pada orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal yang erat atau yang bercerai atau berpisah.³¹ Penelitian pada pasien geriatri yang dirawat di RS. Dr. Ciptomangunkusomo menyebutkan bahwa status perkawinan janda berhubungan dengan skor *Hamilton Rating Scale for Depression* ($p=0,005$).⁴⁰ penelitian lain

juga menyebutkan bahwa status pernikahan janda atau duda dapat meningkatkan risiko depresi pada lansia.⁴¹

2.5.4 Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seorang lansia berhubungan dengan terjadinya depresi. Penelitian di Inggris menyebutkan bahwa lansia yang hanya menamatkan pendidikan dasar mempunyai risiko terhadap depresi 2,2 kali lebih besar.⁴² Penelitian lain menyebutkan bahwa prevalensi gejala depresi meningkat pada kelompok lansia dengan pendidikan rendah.³⁹

2.6 Pengaruh faktor psikososial terhadap depresi pada lanjut usia

2.6.1 Kesepian

Kesepian atau loneliness, biasanya dialami oleh seorang lansia pada saat meninggalnya pasangan hidup atau teman dekat, terutama bila dirinya saat itu juga mengalami penurunan status kesehatan, misalnya menderita gangguan sensorik, terutama gangguan pendengaran.

Harus dibedakan antara kesepian dengan hidup sendiri. Banyak di antara lansia yang hidup sendiri tidak mengalami kesepian, karena aktivitas sosial yang masih tinggi, tetapi di lain pihak terdapat lansia yang walaupun hidup di lingkungan yang beranggotakan cukup banyak tetap mengalami kesepian.³²

2.6.2 Stresor psikososial

Stresor psikososial juga berperan sebagai faktor terjadinya depresi. Orang tua sering kali mengalami periode kehilangan orang-orang yang dikasihinya, misalnya pasangan hidup, teman dekat, atau anggota keluarga.¹² Faktor risiko depresi lainnya yang termasuk dalam stresor psikososial adalah riwayat depresi sebelumnya, kematian pasangan hidup, perceraian, peristiwa merugikan dan tidak diharapkan yang baru saja diterima.²⁸ Selain itu, kehilangan pekerjaan, penghasilan, dan kekuasaan/jabatan juga dapat menjadi stresor psikososial yang meningkatkan risiko depresi pada lanjut usia. Kehilangan rasa aman, kehilangan kebebasan, serta pemiskinan sosial dan lingkungan juga dapat menjadi stresor psikososial yg memicu depresi.¹²

2.6.3 Spiritualitas

Menurut penelitian yang di lakukan Lee BW et al, aktivitas spritual memiliki efek mengurangi risiko depresi pada lansia ($p=0,034$).¹⁸ Hal ini tentunya berkaitan dengan faktor stress psikososial di atas.

2.6.4 Dukungan sosio-emosional

Dukungan sosio-emosional mempengaruhi kondisi kejiwaan lanjut usia yang juga akan berdampak pada status depresi. Dukungan sosio-emosional yang rendah berhubungan secara signifikan dengan prevalensi gejala depresi pada

lanjut usia.^{28,39} Adanya isolasi sosial meningkatkan risiko depresi menjadi 4,3 kali (95%CI=1,8–10,4; p=0,001).⁴² Berkebalikan dengan hal-hal tersebut, menjadi relawan dilaporkan dapat menurunkan prevalensi gangguan depresi pada lanjut usia laki-laki.⁴¹ Dukungan keluarga juga merupakan prediktor independen status depresi pada lanjut usia.⁴³

2.6.5 Dukungan sosio-ekonomi

Kehilangan pekerjaan, penghasilan, dan dukungan sosial sejalan bertambahnya usia turut menjadi faktor predisposisi seseorang berusia lanjut untuk mengalami depresi.¹² Status sosio-ekonomi yang rendah juga berhubungan dengan depresi pada lansia.^{21,28}

2.7 Pengaruh faktor biologi terhadap depresi pada lanjut usia

2.7.1 Peningkatan aktivitas monoamine oksidase dan penurunan konsentrasi neurotransmitter

Adanya perubahan pada sistem saraf pusat seperti meningkatnya aktivitas *monoamine oxidase* dan berkurangnya konsentrasi neurotransmitter (terutama neurotransmitter kolinergik) turut berperan dalam proses terjadinya depresi pada lansia.¹² Sejumlah besar penelitian telah melaporkan berbagai kelainan di dalam metabolit amin biogenik seperti *5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA)*, *homovalinic acid (HVA)*, dan *3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol (MHPG)* di

dalam darah, urin, dan cairan serebrospinalis pada pasien dengan gangguan mood. Norepinefrin dan serotonin dari golongan amin biogenik merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood.³¹

2.7.2 Status kognitif

Salah satu faktor yang berkaitan dengan terjadinya depresi adalah kemampuan daya ingat dan fungsi intelektual.¹² Gangguan kognitif (skor MMSE ≤ 23) berhubungan secara signifikan dengan prevalensi gejala depresi pada lanjut usia ($p < 0,001$).³⁹ Lanjut usia yang mengalami demensia juga mempunyai risiko yang lebih besar untuk mengalami depresi. Sebuah penelitian pada populasi lanjut usia yang tinggal di institusi di Belanda menyebutkan bahwa prevalensi gejala gangguan mood lebih banyak dijumpai pada lanjut usia yang mengalami demensia ($p < 0,001$; OR 2,14; 95%CI=1,56-2,93). Namun, lanjut usia yang terdepresi cenderung untuk tidak terdiagnosa mempunyai gangguan depresi dibandingkan dengan lanjut usia tanpa demensia ($p = 0,039$; OR 0,61; 95%CI=0,38-0,98). Bagaimanapun juga, lanjut usia yang mengalami demensia cenderung mempunyai lebih banyak gangguan mood dan mempunyai risiko untuk tidak terdiagnosa depresi.⁴⁵

Kadar plasma A β 42 yang rendah dan ratio A β 40/A β 42 yang tinggi merupakan petanda adanya peningkatan risiko amiloid associated depression. Amiloid associated depression ini adalah salah satu subtype depresi yang merupakan gejala prodromal dari penyakit Alzheimer.^{46,47}

2.7.3 Kadar dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEAS)

Kadar dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEAS) berhubungan terbalik dengan skor Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD) ($p=0,018$).⁴⁸

2.7.4 Status nutrisi

Status nutrisi juga disebutkan berhubungan dengan tingkat depresi. Sebuah penelitian di Bali menyebutkan bahwa terdapat korelasi negatif kuat antara tingkat depresi dengan status nutrisi ($p<0,001$).⁴⁹ Sedangkan penelitian di Jepang menyebutkan bahwa intake karotin yang tinggi (OR=0,33; 95%CI=0,12-0,93), intake vitamin C yang tinggi (OR=0,29; 95%CI=0,01-0,85), dan intake karbohidrat yang tinggi (OR=0,33; 95%CI=0,12-0,92) dapat menurunkan gejala depresi pada populasi lanjut usia yang tinggal di komunitas.⁵⁰

2.8 Pengaruh faktor fisik terhadap depresi pada lanjut usia

2.8.1 Kemampuan fungsional

Faktor kehilangan fisik juga meningkatkan kerentanan terhadap depresi dengan berkurangnya kemampuan merawat diri serta hilangnya kemandirian.¹⁰ Lanjut usia yang mempunyai keterbatasan dalam Basic Activity Daily Living ($p<0,001$) dan Instrumented Activity Daily Living ($p<0,001$) mempunyai

kecenderungan untuk mengalami gejala depresi. Hubungan ini berlaku baik pada lanjut usia yang tinggal di kota maupun di desa.³⁰ Sedangkan ketergantungan fungsional pada populasi lanjut usia di desa yang mempunyai keterbatasan mobilitas keluar rumah meningkatkan risiko depresi hingga 1,5 kali (OR=1,5).⁴¹ Penelitian lain menyebutkan bahwa keterbatasan dalam penggunaan toilet dan keterbatasan dalam berbelanja merupakan prediktor signifikan depresi pada populasi lanjut usia baik di kota maupun di desa.³⁴ Keterbatasan dalam basic activity daily living pada populasi lanjut usia yang tinggal di komunitas meningkatkan risiko depresi hingga 2,8 kali (OR 2,8; 95%CI=1,1-7,8).⁴⁰ Peningkatan risiko depresi ini juga berlaku pada lanjut usia yang mendapatkan perawatan di rumah (homecare).³² Sebuah penelitian kohort menyebutkan bahwa semakin besar keterbatasan Activity Daily Living (ADL) pada pengukuran awal (OR=1,63; p=0,014) dan semakin besar penurunan kapasitas fungsional ADL setahun kemudian (OR=1,59; p=0,022) berhubungan secara independen dengan onset depresi pada lanjut usia.³⁵ Keterbatasan fungsional ini juga merupakan risiko untuk terjadinya depresi mayor pada populasi lanjut usia yang tinggal di panti wreda.³³ Sedangkan keterbatasan fungsional yang berat sangat berhubungan dengan gejala depresi (p=0,009).³⁷

2.8.2 Penurunan kapasitas sensoris

Berkurangnya kapasitas sensoris (terutama penglihatan dan pendengaran) akan mengakibatkan penderita terisolasi dan berujung pada depresi.¹⁰ Hal ini didukung bukti bahwa pengoreksian terhadap gangguan refraksi pada lanjut usia

dengan gangguan refraksi yang belum terkoreksi dapat menurunkan skor Geriatric Depression Scale pada follow up dua bulan kemudian ($p=0,003$).⁵¹

2.8.3 Gangguan tidur

Gangguan tidur (insomnia awal dan terminal, terbangun berulang kali/multiple awakening, hipersomnia) adalah gejala klasik dan sering ditemukan pada depresi. Elektroensefalogram (EEG) tidur pada penderita depresi menunjukkan kelainan berupa perlambatan onset tidur, perlambatan latensi REM (rapid eye movement), peningkatan panjang periode REM pertama, dan tidur delta yang abnormal.³¹ Gangguan tidur ini juga meningkatkan risiko berulangnya gejala depresi pada penderita yang sudah mengalami gejala depresi sebelumnya ($OR=3,05$; $95\%CI= 1,07-8,75$; $p=0,04$).⁵²