

BAB 2**TINJAUAN PUSTAKA****2.1 Depresi pada Lansia****2.1.1 Definisi**

Depresi pada lansia adalah lansia menunjukkan satu atau dua dari dua gejala inti (suasana perasaan yang menurun dan kehilangan minat terhadap suatu hal atau kesenangan) bersama dengan empat atau lebih gejala-gejala berikut selama minimal 2 minggu yaitu perasaan diri tidak berguna atau perasaan bersalah, berkurangnya kemampuan untuk berkonsentrasi atau membuat keputusan, kelelahan, agitasi atau retardasi psikomotor, insomnia atau hipersomnia, perubahan-perubahan dalam nafsu makan, perubahan signifikan pada berat badan atau selera makan, dan pemikiran berulang tentang kematian atau gagasan tentang bunuh diri (*American Psychiatric Association, 2013*).

Gejala fisik yang dapat menyertai depresi dapat bermacam-macam seperti sakit kepala, berdebar-debar, sakit pinggang, gangguan pada sistem gastrointestinal, dan sebagainya. Penyakit fisik sering mengacaukan gambaran depresi pada lansia, antara lain mudah lelah dan penurunan berat badan, hal inilah yang menyebabkan depresi pada lansia sering tidak terdiagnosa maupun tidak diterapi dengan baik. Selain itu lansia sering menutupi rasa sedihnya dengan justru menunjukkan dia lebih aktif.

2.1.2 Penyebab Depresi

1). Faktor Biologis

Faktor biologis misalnya berkurangnya sejumlah neurin (pengantar impuls pada sistem syaraf) maupun neuron (zat-zat kimia yang berperan dalam pengantaran impuls sistem syaraf) di otak.

2). Faktor Psikologis

Faktor psikologis misalnya rasa rendah diri karena berkurangnya kemampuan atau kemandirian, kesedihan ditinggal orang yang dicintai, serta faktor kepribadian.

3). Faktor Sosial

Faktor sosial misalnya berkurangnya interaksi sosial, kesepian, dan masalah sosial ekonomi.

2.1.3 Gejala Depresi

Menurut Stanley (2007) gejala-gejala depresi dibagi menjadi tiga kelompok utama, sering disebut triad depresif, yaitu:

1) Gangguan suasana perasaan

Gangguan suasana perasaan dapat timbul gejala berupa kesedihan, kehilangan semangat, menangis, ansietas, murung, pernyataan bahwa merasa sedih, dan perasaan bahwa tidak ada satupun yang menyenangkan (Stanley, 2007).

2) Gangguan persepsi diri, lingkungan, masa depan

Gejala dalam gangguan persepsi diri, lingkungan, masa depan, dapat berupa menarik diri dari aktivitas-aktivitas yang biasa dilakukan, ketidakmampuan mengekspresikan kesenangan, perasaan tidak berharga, ketakutan yang tidak

beralasan, kritik yang ditujukan pada diri sendiri dan orang lain, pasif (Stanley, 2007).

3) Vegetatif

Gejala pada aspek vegetatif misalnya peningkatan atau penurunan gerakan tubuh, mondar-mandir, meremas-remas tangan, menarik atau mengusap (rambut, tubuh, atau pakaian), sulit tidur, terus terjaga, terbangun dini hari, penurunan atau kadang peningkatan nafsu makan, penurunan atau kadang peningkatan berat badan, keletihan, ketidakmampuan berkonsentrasi (Stanley, 2007).

2.1.4 Alat Ukur Depresi pada Lansia

Diagnosis utama gangguan depresi dibuat hanya ketika gejala tidak disebabkan obat, kondisi medis umum, atau sedang dalam berkabung. Penilaian dapat dibantu dengan menggunakan skala divalidasi pada populasi lansia termasuk *Geriatric Depression Scale* (GDS, versi 15 dan 30 item), *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *Hamilton Depression Scale* (HDS), dan *Beck Depression Inventory* (BDI).

Instrumen berikut ini membantu untuk mengidentifikasi pasien depresi yang mungkin perlu penilaian klinis dan laboratorium lebih lanjut, yaitu:

1) *Geriatric Depression Scale*

GDS membutuhkan waktu 5 sampai 7 menit untuk menyelesaikan, bisa dikelola sendiri, memiliki 84% sensitivitas dan 95% spesifisitas, dan berhubungan baik dengan HDS. Validitasnya telah terlihat pada pasien rawat inap dan rawat

jalan dengan penyakit medis komorbid atau ringan sampai gangguan kognitif moderat. Skala asli 30-item dan bentuk pendek 15-item yang masing-masing sensitif dan spesifik. Kekuatan GDS terletak pada fokus pada aspek depresi yang kognitif dan afektif daripada yang ditargetkan untuk mengidentifikasi gejala *neurovegetative*, karena instrumen yang mengidentifikasi depresi pada lansia berdasarkan pada gejala vegetatif seperti insomnia dan resiko energi yang rendah. (Yesavage et al.,1982)

2) *Cornell Scale for Depression in Dementia*

CSDD adalah skala rating validasi *psychometrically* yang dirancang khusus untuk penilaian klinis depresi pada pasien gangguan kognitif yang mengganggu respon akurat untuk pertanyaan tentang gejala depresi. CSDD terdiri dari 19 item yang dinilai dari *caregiver* dan dokter (Alexopoulos et al.,1988).

3) *Patient Health Questionnaire*

PHQ-9 adalah skala depresi 9 item, yang dirancang untuk membantu dokter perawatan primer untuk mendiagnosis dan pemantauan pengobatan. Hal ini didasarkan pada kriteria diagnostik DSM-IV untuk gangguan depresi mayor. PHQ-9 mempunyai 2 bagian, yang pertama menilai gejala pasien dan gangguan fungsional untuk membuat diagnosis sementara dari depresi serta bagian lain berasal skor keparahan yang dapat digunakan untuk membantu memilih dan memantau pengobatan (Kroenke K, et al., 2001)

4) *Hamilton Depression Scale*

HDS adalah survei pewawancara yang dikelola dari gejala yang dapat digunakan dalam pasien dari segala usia untuk mendapatkan indeks keparahan depresi. Karena panjang, kompleks, dan harus dikelola oleh seorang dokter, digunakan lebih khusus dalam penelitian daripada dalam pengaturan klinis. Ini dirancang untuk memantau gejala depresi dan hasil pengobatan, bukan skrining untuk depresi (Hamilton, 1960).

5) *Beck Depression Inventory*

BDI adalah tes 21 item yang meliputi berbagai gejala depresi. BDI membutuhkan administrasi oleh seorang dokter. Meskipun tidak dikembangkan untuk penggunaan khusus pada lansia, pertanyaan pada BDI dapat membantu dalam menjelaskan suasana hati dan kekhawatiran somatik terkait dengan depresi (Beck et al., 1961)

Pada penelitian ini untuk mengetahui depresi pada lansia peneliti menggunakan GDS-30. Salah satu langkah awal yang penting dalam penatalaksanaan depresi adalah mendeteksi atau mengidentifikasi. Salah satu instrument yang dapat membantu adalah GDS yang terdiri dari 30 pertanyaan yang harus dijawab oleh lansia mengacu pada apa yang mereka rasakan selama seminggu terakhir. GDS bukanlah pengganti wawancara diagnostik oleh para profesional kesehatan mental, namun berguna sebagai alat skrining dalam untuk memfasilitasi penilaian depresi. GDS menggunakan format laporan yang sederhana yang diisi sendiri dengan jawaban ya atau tidak. Hasil jawaban dari kuesioner diberikan skor yang

sesuai dengan kategori yaitu skor 0-14= tidak depresi, skor 15-22= depresi ringan, skor 23-26= depresi sedang, skor 27-30= depresi berat (Tamher, 2009).

2.2 Anoreksia Penuaan

2.2.1 Definisi

Anoreksia penuaan adalah sindrom yang berhubungan dengan pengurangan nafsu makan dan energi sebagai akibat dari faktor fisiologis (meliputi perubahan fisiologis normal yang menyebabkan peningkatan proporsi lemak tubuh dan penurunan massa otot dan massa cairan ekstraseluler), psikologis, sosial, dan budaya, dan dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan malnutrisi protein-energi pada lansia.

Faktor utama yang terkait dengan timbulnya anoreksia penuaan dapat dibagi menjadi tiga kelompok utama yaitu, fisiologis, psikologis dan sosial, dan kesehatan. Di antara faktor-faktor fisiologis, terdapat berkaitan dengan proses penuaan itu sendiri, termasuk:

- (a) kehilangan ketajaman di rasa, bau dan penglihatan;
- (b) perubahan dalam sekresi dan aksi hormon perifer yang mengatur keinginan untuk makan, kelaparan dan kejenuhan;
- (c) perubahan motilitas gastrointestinal;
- (d) perubahan ke kontrol pusat menelan; dan
- (e) peradangan kronis tingkat rendah

(Franceschi *et al.*, 2007)

Prevalensi anoreksia penuaan pada lansia yang hidup di masyarakat berkisar antara 15% dan 30%, dengan prevalensi keseluruhan lebih tinggi pada wanita (Landi *et al.*, 2012). Prevalensi

lebih tinggi pada orang tua di panti werdha, 31% (27% pria dan 34% wanita), dan pada pasien rawat inap, pada 31,5% (26,7% laki-laki dan 33,3% perempuan) (Donini *et al.*, 2011).

2.2.2 Penyebab Anoreksia Penuaan

1) Kondisi medis umum pada lansia

Penyakit misalnya penyakit pada sistem gastrointestinal, sindrom malabsorpsi, infeksi akut maupun kronis, dan hipermetabolisme sering menyebabkan anoreksia. Lansia pengguna resep obat dapat menyebabkan malabsorpsi nutrisi, gejala gastrointestinal, dan kehilangan nafsu makan.

Kondisi hipermetabolik yang mempercepat tingkat metabolisme (misalnya, kanker) dapat menyebabkan hilangnya massa otot progresif dan menyebabkan sindrom anoreksia-*cachexia*. Hal ini dikaitkan dengan penurunan berat badan yang cepat dan keganasan.

2). Gastroparesis fisiologis (berkurangnya sensorik sehingga memperlama kenyang, pengosongan lambung yang tertunda)

Perubahan fungsi sensorik pencernaan menyebabkan perasaan kenyang dini pada lansia. Pengosongan lambung pada lansia disebabkan oleh distensi antral dan penurunan relaksasi adaptif, yang menyebabkan kekenyangan lebih awal, sementara peningkatan tingkat dan efektivitas *cholecystokinin* berperan dalam anoreksia penuaan. Pengurangan asupan makanan dikarenakan berkurangnya dorongan untuk makan (merasa lapar) yang lebih lemah, atau karena penghambatan sinyal kenyang yang lebih kuat.

3). Sekresi hormon pencernaan terkait dan respon hormonal

Ghrelin adalah hormon *orexigenic* utama, yang disekresikan oleh sel-sel di bagian bawah perut. Tingkat ghrelin meningkat dalam kondisi puasa dan jatuh dengan cepat setelah konsumsi makanan (Morley, 2013). Hormon ghrelin dilepaskan dari fundus lambung mengaktifkan neuropeptida Y yang tingkatnya berkurang pada lansia sehingga menghasilkan rasa kenyang lebih awal (rasa lapar lebih lambat). Hormon kenyang dilepaskan dari sel masuknya duodenum dan jejunum. Tingkat penundaan pengosongan lambung dan menghambat produksi ghrelin lebih tinggi pada lansia. Pengurangan tingkat ghrelin meningkat dengan usia. Neuropeptida Y dihambat oleh insulin β pankreas menyebabkan penurunan asupan makanan.

Hormon seks yang meningkatkan nafsu makan mengalami penurunan pada wanita menopause dan pria hipogonadisme. Tingkat testosteron mengurangi tingkat leptin yang lebih besar pada lansia. Leptin yang dihasilkan dari adiposity mengurangi nafsu makan, menghambat neuropeptida Y.

4). Perubahan dalam rasa dan bau

Faktor fisik seperti gigi yang buruk, gigi palsu yang tidak pas atau perubahan rasa terkait usia dan bau dapat mempengaruhi pilihan makanan serta membatasi jenis dan jumlah makanan pada lansia. Kenikmatan makanan tidak hanya bergantung pada selera, tetapi juga kebauan saat mendekati mulut dan pelepasan senyawa organik yang mudah menguap dalam mulut. Faktor-faktor ini diubah sampai batas tertentu dengan penuaan.

5). Depresi

Depresi sering dikaitkan dengan masalah psikologis yang umum pada lansia. Depresi menyebabkan penurunan berat badan pada lansia yang menjalani rawat jalan, serta menunjukkan bahwa depresi sangat berkorelasi dengan gagal penambahan berat badan pada lansia di panti werdha.

6). Faktor Psikologis

Beberapa kondisi psikologis lainnya telah dikaitkan dengan penurunan berat badan pada lansia termasuk alkoholisme, fobia kolesterol, dan fobia tersedak. Beberapa kondisi tersebut menyebabkan banyak lansia mengurangi asupan makanan mereka beberapa bulan sebelum kematian.

2.2.3 Alat Ukur Anoreksia Penuaan

Pada penelitian sebelumnya belum ada alat ukur untuk anoreksia penuaan, namun penelitian yang berhubungan dengan gangguan makan pada lansia sebelumnya menggunakan *Eating Attitude Test* (EAT-26) (Midlarsky and Nitzburg, 2008).

EAT-26 paling banyak digunakan standar ukuran laporan diri dari gejala dan masalah karakteristik gangguan makan. Indeks rujukan dalam melengkapi EAT-26 berdasarkan tiga kriteria yaitu 1) total skor berdasarkan jawaban pertanyaan EAT-26; 2) jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan gejala perilaku makan dan penurunan berat badan, dan 3) indeks massa tubuh individu (BMI) dihitung dari tinggi dan berat badan responden. EAT-26 telah banyak digunakan dan telah

diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa yang berbeda selama 30 tahun terakhir.

Alat ukur untuk anoreksia penuaan pada penelitian ini dibuat sendiri oleh peneliti dengan meninjau beberapa teori serta penelitian tentang anoreksia penuaan.

2.3 Lansia (Lanjut Usia)

2.3.1 Definisi

Menurut Undang-Undang No. 13 tahun 1998 dinyatakan bahwa usia 60 tahun ke atas disebut sebagai lansia. Sedangkan menurut Nugroho (2008), lansia merupakan proses alamiah yang terjadi dalam kehidupan manusia yang mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk dan sebagainya.

2.3.2 Kriteria Lansia

Batasan menurut World Health Organization (WHO) meliputi :

- 1) Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
- 2) Usia lanjut (*elderly*), yaitu kelompok usia 60 sampai 74 tahun.
- 3) Usia lanjut tua (*old*), yaitu kelompok usia 75 sampai 90 tahun.
- 4) Usia sangat tua (*very old*), yaitu kelompok usia diatas 90 tahun.

2.3.3 Perubahan Fisik Psikologis Lansia

Perubahan fisik yang terjadi meliputi adanya berbagai penyakit yang muncul. Stieglitz (dalam Nugroho, 2008) menjelaskan bahwa ada empat penyakit yang sangat erat hubungannya dengan proses menua yaitu gangguan sirkulasi darah, misalnya hipertensi, kelainan

pembuluh darah, gangguan pembuluh darah di otak (koroner) dan ginjal, dan lain-lain. Penyakit tersebut dapat timbul dengan cepat oleh faktor luar, misalnya makanan, kebiasaan hidup yang salah, infeksi, dan trauma. Sifat penyakit dapat muncul secara perlahan, sering kali tanpa tanda-tanda atau keluhannya ringan, dan baru diketahui sesudah keadaannya parah. Hal ini perlu sekali untuk dikenali agar tidak salah atau terlambat menegakkan diagnosis sehingga terapi dan tindakan penanganan segera dapat dilaksanakan (Nugroho, 2008).

Menurut Maryam (2008) perubahan-perubahan fisik pada lansia sebagai berikut:

a. Sistem Kardiovaskuler

Katub jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

b. Sistem Respirasi

Otot-otot pernapasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, serta terjadi penyempitan pada bronkus.

c. Sistem Persarafan

Saraf panca indra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespon. Berkurang atau hilangnya lapisan myelin akson, sehingga menyebabkan berkurangnya respon motorik dan reflek.

d. Sistem Muskuloskeletal

Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis), bungkuk (kifosis), persendian membesar dan menjadi kaku (atrofi otot), kram, tremor, tendon mengerut, dan mengalami sklerosis.

e. Sistem Gastrointestinal

Esophagus melebar, produksi hormon kelenjar liur dan asam lambung menurun, penurunan rasa lapar (sensitifitas lapar menurun), peristaltik menurun sehingga daya absorpsi juga ikut menurun. Ukuran lambung mengecil serta fungsi organ aksesori menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan fungsi pencernaan.

e. Sistem Urinaria

Ginjal mengecil, aliran darah ke ginjal menurun, peyaringan dari glomerulus menurun dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengonsentrasi urin ikut menurun.

f. Sistem Pendengaran

Membran timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran. Tulang-tulang pendengaran mengalami kekakuan.

g. Sistem Penglihatan

Respon terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun, dan katarak.

h. Sistem Endokrin

Produksi hampir semua hormon menurun, menurunnya produksi aldosteron, menurunnya sekresi hormon gonad (progesteron, estrogen dan testoteron), defisiensi hormonal dapat

menyebabkan hipotiroidism depresi dari sumsum tulang serta kurang mampu mengatasi tekanan jiwa.

Menurut Nugroho (2008), faktor yang mempengaruhi perubahan mental yaitu perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan, dan lingkungan. Dari segi mental emosional lansia sering muncul perasaan pesimis, timbulnya perasaan tidak aman dan cemas, adanya kekacauan mental akut, merasa terancam akan timbulnya suatu penyakit atau takut diterlantarkan karena tidak berguna lagi.

Menurut Maryam (2008) perubahan mental pada lansia meliputi frustrasi, kesepian, takut kehilangan, depresi dan kecemasan. Proses menjadi tua dimulai ketika terjadi pembuahan dan berlangsung secara terus-menerus sampai orang tutup usia. Perubahan dapat pula dipengaruhi oleh makanan sehari-hari.

2.3.4 Masalah pada Lansia

Di dalam Setiabudi (2005) disebutkan berbagai permasalahan yang berkaitan dengan lansia antara lain:

a. Permasalahan umum

- 1) Makin besarnya jumlah lansia yang berada pada garis kemiskinan
- 2) Makin melemahnya nilai kekerabatan sehingga anggota keluarga lansia kurang diperhatikan
- 3) Masih rendahnya kualitas dari kuantitas tenaga profesional pelayanan lansia
- 4) Belum membudayakan dan melembagakannya kegiatan pembinaan lansia.

b. Permasalahan khusus

- 1) Berlangsungnya proses menua yang berakibat timbulnya masalah baik fisik, mental, maupun sosial.
- 2) Berkurangnya integrasi sosial lansia.
- 3) Rendahnya produktivitas kerja lansia.
- 4) Banyaknya lansia yang miskin terlantar dan cacat.
- 5) Berubahnya nilai sosial masyarakat yang mengarah pada tatanan masyarakat individualistis.

