

Depresi pada Lansia yang Menjadi *Caregiver* Pasien Pasca-Stroke

Elly Tania

Staf Pengajar Bagian Psikiatri FK Ukrida
Alamat korespondensi : etania5780@yahoo.com

Abstrak

Depresi sering timbul pada *caregiver* sebagai seseorang yang merupakan anggota keluarga (pasangan, anak, kakak, adik), tetangga, atau teman baik yang merawat orang yang mengalami penyakit mental atau fisik lainnya (seperti *stroke*, parkinson, kanker, *subaracnoid hemorrhagic*, dan sebagainya). Beban *caregiver* terjadi bila telah mengidap penyakit, disabilitas, dan ketergantungan terhadap orang. Beban yang dirasakan meliputi efek dalam kehidupan pribadi dan sosial, beban psikologis, perasaan bersalah (misal tidak dapat merawat dengan baik), harus menyita waktu, energi, uang, tugas yang tidak menyenangkan, serta melelahkan secara fisik. Beban psikologis yang dirasakan oleh *caregiver* antara lain rasa malu, marah, tegang, tertekan, dan lelah. Seiring dengan berjalannya waktu, *caregiver* (pasangan) juga dipengaruhi oleh faktor hormonal (menopause) dan kondisi kesehatan fisik yang berdampingan dengan tekanan psikologis, dan perubahan peran sosial di usia lanjut. Kompleks interaksi biologis dan psikososial ini memengaruhi kerentanan untuk timbulnya depresi selama periode ini.

Kata kunci : *Depresi, Lansia, Caregiver pasien pasca-stroke*

Abstract

Depression often arise in caregiver as a person who is a family member (spouse, child, brother, sister), a neighbor, or a good friend who treat people with mental illness or other physical (such as stroke, Parkinson's, cancer, subaracnoid hemorrhagic, and so on). Caregiver burden occurs when it has suffered illness, disability, and dependence on people. Perceived burden include the effect of personal and social life, the psychological burden, guilt (eg, unable to care properly), must seize the time, energy, money, unpleasant task, as well as physically exhausting. Psychological burden felt by caregivers, among others, shame, anger, tension, depressed, and tired. Over time, caregiver (partner) is also influenced by hormonal factors (menopause) and physical health conditions that coexist with psychological pressure, and changes in social roles in old age. The complex interaction of biological and psychosocial influences susceptibility to the onset of depression during this period.

Keywords: *Depression, Elderly, Caregiver in patients with post-stroke*

Pendahuluan

Merawat orang yang dicintai dengan *stroke* adalah sebuah pengalaman dengan stres psikologis, kondisi ini dikaitkan dengan peningkatan risiko kesehatan baik fisik maupun mental bagi *caregiver*. Secara khusus, pengasuhan terhadap pasien *stroke* dikaitkan dengan kesehatan *caregiver* yang

minim, meningkatkan risiko kematian, dan depresi. *Stroke*, sering menyebabkan gangguan emosi pada penderitanya, terutama kecemasan dan depresi. Untuk orang yang mengalami *stroke*, atau untuk *caregiver* pasien *stroke*, *stroke* bisa dianggap sebagai sesuatu yang cukup mengejutkan, mengganggu, dan mengubah kehidupan, dan dalam banyak kasus mengubah masa depan. Upaya pengobatan

stroke sering berkonsentrasi hanya pada rehabilitasi saja, sayangnya dalam proses ini, kebutuhan psikologis (mental emosional) pasien dan *caregiver* sering tidak cukup diperhatikan, ditanggapi, dan dikelola. Meskipun ada beberapa bukti bahwa obat antidepresan dapat menjadi pengobatan yang efektif, *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) menawarkan banyak hal dalam pengobatan depresi pada pasien dan *caregiver* pasien *stroke*. Baru-baru ini, beban *caregiver* dikaitkan dengan peningkatan risiko hipertensi dan penyakit jantung. Mekanisme risiko kardiovaskular ini tidak dipahami, tetapi anggapan terjadinya disregulasi dari *sympatho-adrenalmedullary* (SAM) terhadap stres pengasuhan mungkin memainkan peran. Pada *caregiver*, misalnya, telah menunjukkan peningkatan basal katekolamin dalam plasma. Selain memiliki tekanan darah tinggi, mungkin juga terjadi peningkatan resistensi vaskuler sekunder atas kenaikan norepinefrin (NE). Pada *caregiver* juga memperlihatkan perubahan jumlah molekul dalam darah yang relevan dengan koagulasi. Misalnya, hal yang biasa ada pada *caregiver* adalah konsentrasi yang lebih tinggi D-dimer, sebuah prokoagulan yang meningkat sebagai prediksi dari infark miokard.^{4,5,6}

Caregiver yang sudah lanjut usia mungkin mengalami tekanan dan terjadi peningkatan risiko gangguan kesehatan fisik dan mentalnya yang lebih besar dibanding dengan *caregiver* yang belum lanjut usia. Sejumlah penelitian melaporkan bahwa depresi lebih sering terjadi pada kelompok lanjut usia dibandingkan pada populasi kelompok lain. Depresi pada lanjut usia mungkin berhubungan dengan status sosioekonomi rendah, kematian/penyakit kronis pasangan, penyakit fisik yang menyertai, dan isolasi sosial. Beberapa penelitian menyatakan bahwa depresi pada lanjut usia jarang didiagnosis dan jarang diobati, sebagian terutama oleh dokter umum. Jarang dikenalnya depresi pada lanjut usia karena pengamatan bahwa depresi lebih sering tampak dengan gejala somatik pada lanjut usia daripada kelompok usia yang lebih muda. *Caregiver* dengan gejala depresi meningkatkan juga kerentanan fisiologis terhadap rangsangan stres psikologis (seperti menghadapi perubahan terhadap fungsi kognitif orang yang mereka cintai/pasangan, perilaku, dan afektif serta perilaku pasien

stroke yang mengganggu). Kerentanan ini tampak menonjol khususnya ketika mempertimbangkan defisit dalam menghadapi dan keterampilan pemecahan masalah antara individu-individu depresi. Terdapat penelitian yang memeriksa respons NE untuk sebuah stresor psikologis eksperimen yang dikenakan pada pengasuh untuk pasangan yang menderita pasca-*stroke*, dengan hasil hipotesis bahwa peningkatan tingkat gejala depresi akan dikaitkan dengan peningkatan NE atas tanggapan stres psikologis sebagai *caregiver*.^{4,5,7,9-11}

Perkembangan Penyakit Stroke

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang diakibatkan oleh aliran darah ke otak yang berkurang, sehingga otak kekurangan suplai darah yang terjadi secara cepat dan mendadak tanpa kesadaran. Apabila otak secara terus-menerus kekurangan suplai darah maka akan terjadi kematian pada individu. Gejala awal *stroke* umumnya kelumpuhan, kelemahan, hilangnya sensasi di wajah, lengan atau tungkai di salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara atau memahami, kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan di satu sisi. Jumlah penderita *stroke* di Indonesia meningkat dari tahun ke tahun. Penyakit ini sudah menjadi pembunuh nomor 3 di Indonesia setelah penyakit infeksi dan jantung koroner. Sekitar 28,5% penderita *stroke* di Indonesia meninggal dunia. Sedangkan di Eropa, *stroke* merupakan penyakit berbahaya kedua setelah penyakit jantung koroner. Di antara 100 pasien rumah sakit, sedikitnya 2 orang merupakan penderita *stroke*.

Stroke juga menjadi masalah kesehatan primer di AS dan dunia. Meskipun upaya pencegahan telah diupayakan namun angka kematian akibat *stroke* masih tinggi, *stroke* masih menduduki peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 31% untuk serangan *stroke* pertama, dan 62% untuk *stroke* selanjutnya. Secara global, sekitar 80 juta orang menderita *stroke*, dimana 13 juta korban *stroke* baru setiap tahunnya dan sekitar 4,4 juta di antaranya meninggal dalam 12 bulan. Terdapat sekitar 250 juta anggota keluarga yang berkaitan dengan para pengidap *stroke* dapat bertahan hidup. Selama perjalanan hidup mereka, sekitar empat dari lima keluarga akan memiliki salah seorang anggota mereka yang terkena *stroke*.

Menurut ketua umum Yayasan *Stroke* Indonesia, Laksamana TNI (Pur) Sudomo, *stroke* bisa menyerang siapa saja tanpa memandang jabatan atau tingkatan sosial-ekonomi, baik di rumah sakit maupun yang berada dalam masyarakat. Dengan kecenderungan menyerang generasi muda yang masih produktif, dimana akan berdampak menurunnya tingkat produktivitas dan terganggunya sosial-ekonomi keluarga.¹²

Stroke menduduki urutan ketiga penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker. *Stroke* masih merupakan penyebab utama dari kecacatan. Data menunjukkan, setiap tahunnya *stroke* menyerang sekitar 15 juta orang di seluruh dunia. Di Amerika Serikat, lebih kurang lima juta orang pernah mengalami *stroke*. Sementara di Inggris, terdapat 250 ribu orang hidup dengan kecacatan karena *stroke*. Di Asia, khususnya di Indonesia, setiap tahun diperkirakan 500 ribu orang mengalami serangan *stroke*. Dari jumlah itu, sekitar 2,5 persen di antaranya meninggal dunia. Sementara sisanya mengalami cacat ringan maupun berat. Angka kejadian *stroke* di Indonesia meningkat dengan tajam. Bahkan, saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita *stroke* terbesar di Asia, karena berbagai sebab selain pemyakit degeneratif, terbanyak karena stres. Hal ini sangat memprihatinkan mengingat Insan Pasca- *Stroke* (IPS) biasanya merasa rendah diri dan emosinya tidak terkontrol dan selalu ingin diperhatikan.¹²

Data yang didapatkan dari RSUD Undata Palu pada bulan Januari sampai dengan April tahun 2008: dari jumlah keseluruhan pasien rawat inap (4957 orang) didapatkan pasien *stroke* 176 orang (3,55%) dari jumlah keseluruhan pasien rawat inap dengan jumlah rata-rata perbulannya adalah 44 Orang (25%). Dengan demikian dapat dilihat bahwa jumlah pasien *stroke* masih cukup banyak dan mungkin akan meningkat dalam setiap bulannya, dimana *stroke* sendiri dapat menimbulkan hal-hal yang dapat memengaruhi psikologi maupun fisik, baik pasien sendiri maupun keluarga termasuk dalam hal pembiayaan. *Stroke* sendiri membutuhkan perawatan yang lama oleh karena itu memengaruhi kecemasan keluarga.¹²

Beban yang Dirasakan oleh *Caregiver*

Dua pertiga *stroke* dialami oleh orang yang berusia di atas 65 tahun. Setelah usia 55, risiko mengalami *stroke* dua kali lipat setiap 10 tahun. Tingkat ketahanan hidup dan tekanan yang meningkat dalam dekade terakhir ini mengakibatkan meningkatnya jumlah penderita *stroke*. Akibatnya, *stroke* sekarang merupakan nomor satu penyebab yang serius, kecacatan jangka panjang pada orang tua. Sebagai panduan kasar untuk prognosis, Westcott (2000) menyatakan bahwa sekitar sepertiga dari orang-orang yang mengalami *stroke* pertama akan meninggal dalam waktu satu tahun, sepertiga akan terjadi pemulihan yang baik, dan sepertiga akan melanjutkan hidup dengan cacat. Setelah *stroke* pertama, sekitar sepertiganya berulang dalam waktu dua tahun. Risiko *stroke* berulang kira-kira 12% di tahun pertama dan 6% pada tahun kedua. Risiko *stroke* pada individu berisiko tinggi (kelebihan berat badan, merokok, tekanan darah tinggi, dan tidak berolahraga) adalah 8%. Secara keseluruhan tingkat kekambuhan *stroke* sekitar 25 persen selama lima tahun. Risiko *stroke* lebih besar pada laki-laki, dan karena laki-laki umumnya menderita *stroke* di usia muda mereka lebih bertahan, tetapi dengan beberapa bentuk kecacatan.^{4,5,9,10,11,13,14}

Pasien *stroke* yang mengalami disabilitas berat sering menjadi tergantung pada pengasuh untuk aktivitas sehari-hari, baik fisik maupun dukungan emosional. Anggota keluarga harus menyesuaikan dengan gangguan fisik si penderita dan sering pula dengan ciri kepribadian yang baru. Jika pasien bergantung pada anggota keluarga untuk perawatan, maka pada *caregiver* ini dapat berkembang perasaan terperangkap, terisolasi, marah, dan depresi. Harus diingat bahwa *caregiver* sering berusia tua, memiliki penyakit, dan memiliki masalah fisik dan emosional.

Kotila et al tahun 1998 di Finlandia meneliti insidens dan keparahan depresi saat tiga dan 12 bulan setelah *stroke* pada pasien dan *caregiver*nya. Anderson et al tahun 1995 di Australia meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan emosional pada *caregiver* setelah satu tahun pasca *stroke* dengan menggunakan *Social Behaviour Assessment Schedule* (SBAS). Mereka melaporkan suatu rentang perilaku abnormal

berupa *withdrawal* (menarik diri), *irritability* (cepat marah), *odd ideas* (ide-ide aneh), *unpredictability* (tidak berpendirian), *rudeness* (kasar), dan *odd behaviour* (perilaku aneh). Pasien dengan *stroke* sering menjadi mudah terangsang, impulsif dan marah, atau agresif terhadap orang lain.

Kim et al tahun 2002 meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan *inability to control anger or aggression* (ICAA) pasca – stroke, dan melaporkan bahwa ICAA berhubungan erat dengan disfungsi motorik, disartria, keadaan emosi, dan lesi yang mengenai area frontal-lentikulokapsular-pontin.

Aben et al tahun 2002 meneliti ciri kepribadian yang menjadi faktor risiko depresi pasca- *stroke* dengan menggunakan the *NEO Five Factor Inventory* (NEO-FFI). Mereka mendapatkan *neuroticism* merupakan suatu prediktor penting depresi pasca-*stroke*. Bogousslavsky tahun 2003 melaporkan berbagai perilaku dalam suatu kohort pasien *stroke* menggunakan the *Emotional Behavioral Index*. Didapatkan bahwa kesedihan, disinhibisi, kurangnya adaptasi, menarik diri dari lingkungan, menangis, pasif, dan agresifitas merupakan manifestasi perubahan kepribadian. Rasa sedih lebih sering berhubungan dengan lesi hemisfer kiri daripada hemisfer kanan. Pentingnya studi *post-stroke depression* (PSD) adalah kaitan yang erat antara PSD dan *outcome* fungsional yang buruk pada pasien. Dalam penelitiannya didapatkan bahwa terdapat korelasi yang kuat antara perkembangan depresi dengan *Rankin Scale* dan *Barthel Indeks* yang buruk, keparahan *stroke* dan prognosis fungsional adalah faktor yang berhubungan kuat dengan perkembangan PSD.

Stone et al tahun 2004 meneliti perubahan kepribadian pasca-*stroke* dan pengaruhnya menggunakan kuesioner perubahan kepribadian pasca-trauma kepala. Mereka menemukan perubahan kepribadian berupa berkurangnya kesabaran, meningkatnya frustrasi, berkurangnya keyakinan, kurang puas, dan kurang tenang. Terdapat hubungan antara besarnya perubahan kepribadian dengan gangguan emosional pada *caregiver* dan beratnya disabilitas. Hackett et al tahun 2006 di New Zealand meneliti *predictor mood* pasca- *stroke* dengan menggunakan *General Mood Questionnaire* (GMQ-28) dan mendapatkan disabilitas dan riwayat depresi

sebagai prediktor gangguan *mood*. Dennis et al tahun 1998 di Skotlandia meneliti *outcome emotional stroke* pada *caregiver*. Gangguan emosional yang berat dan depresi sering dijumpai pada *caregiver*. *Caregiver* sepertinya lebih mudah depresi jika pasien *stroke* tergantung atau mengalami gangguan emosional. Emosional pada *caregiver* dinyatakan dalam cemas dan depresi berhubungan erat dengan keadaan emosional penderita. *Caregiver* wanita untuk pasien pria lebih cemas dan depresi daripada *caregiver* pria. *Caregiver* yang lebih tua lebih depresi dari pada yang lebih muda. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui: karakteristik perubahan kepribadian sebagaimana digambarkan oleh *caregiver*, dan menguji hipotesis bahwa terdapat hubungan antara perubahan kepribadian pasca-*stroke* yang dirasakan oleh *caregiver* dengan cemas dan depresi pada *caregiver*, untuk mengetahui hubungan antara perubahan kepribadian pasca-*stroke* dengan disabilitas, klasifikasi *stroke* dan gambaran lesi *stroke* pada *computed tomography* (CT) scan kepala.^{4,5,9-11,13,14}

Terdapat penelitian yang menilai hubungan antara perubahan dalam kepribadian setelah *stroke* dengan depresi dan kecemasan yang dialami oleh *caregiver*. Serangkaian berturut-turut pasien direkrut dari pasien rawat jalan di Rumah Sakit Haji Adam Malik, Medan dengan *stroke*. Kuesioner diberikan kepada *caregiver* sedikitnya tiga bulan setelah pasien mengalami *stroke* untuk menentukan persepsi mereka tentang kepribadian pasien *stroke* pra-dan pasca-*stroke*. Kepribadian perubahan diidentifikasi dengan perubahan peringkat, dan asosiasi antara perubahan kepribadian dan variabel-variabel berikut ini dieksplorasi: gangguan emosional pada wali dan pasien (diukur dengan menggunakan skala kecemasan dan depresi), klasifikasi *stroke* (Oxford), dan sisa kecacatan (indeks *Barthel* dan *Nottingham*). Hasilnya hampir semua karakter kepribadian berubah secara signifikan ($p < 0,05$, t-uji perbedaan) kecuali penampilan tidak proposional dan rapi. Ada korelasi yang signifikan antara perubahan kepribadian dan tingkat depresi dan cemas pada *caregiver* dan pasien ($p < 0,05$), cacat sisa ($p < 0,05$), dan jenis *stroke* ($p < 0,001$). Kesimpulan: *caregiver* sering mengeluhkan terdapatnya perubahan kepribadian pada pasien *stroke*. Hal ini terkait dengan penderitaan emosional yang dialami

oleh *caregiver* dan cacat residu yang dialami oleh pasien.

Studi ini memperlihatkan bahwa *stroke* dapat memengaruhi persepsi *caregiver* terhadap kepribadian pasien. Pada studi ini terdapat perubahan negatif yang signifikan yang dirasakan pada karakteristik persepsi *caregiver* seperti *mood* labil, frustrasi, tidak bahagia, rasa tidak puas, tidak bahagia, cemas, dan sebagainya. Namun pada beberapa pasien, kadang-kadang *caregiver* melaporkan perubahan kepribadian dalam arah yang positif, misalnya berkurangnya sifat mudah tersinggung dan mudah marah pasca-*stroke*.¹²

Beberapa studi seperti Anderson et al melaporkan suatu rentang perilaku abnormal satu tahun setelah *stroke* berupa *withdrawal* (49%), *irritability* (49%), *odd ideas* (35%), *unpredictability* (35%), *rudeness* (23%), dan *odd behaviour* (17%). Bogousslavsky melaporkan beragam perilaku pada suatu kohort 300 pasien berupa *sadness* (72%), *disinhibition* (56%), *lack of adaptation* (44%), *environmental withdrawal* (40%), *crying* (27%), *passivity* (24%) dan *aggressiveness* (11%).^{5,10,13}

Stone et al dalam suatu studi kohort melaporkan adanya perubahan kepribadian yang dirasakan *caregiver*, berupa karakteristik kepribadian yang positif dan negatif. Dari 30 item karakteristik kepribadian yang positif dan negatif ditemukan perubahan yang bermakna pada 22 item. Pada penelitian ini, dari 30 item perubahan kepribadian yang dirasakan *caregiver*, ditemukan perubahan bermakna pada 28 item perubahan kepribadian. Penilaian perubahan kepribadian yang dilakukan pada penelitian ini berdasarkan hasil interview pada *caregiver*. Di sini ditemukan suatu hubungan antara gangguan emosional pada *caregiver* dan pasien *stroke* dengan perubahan kepribadian yang dirasakan *caregiver*. Pasien *stroke* sering mudah tersinggung, impulsif, marah, atau agresif terhadap orang lain. Simptom ini digambarkan sebagai *inability to control anger* (ICAA), dan tampaknya menjadi salah satu dari simptom perilaku mayor pada pasien *stroke*. Perubahan kepribadian yang digambarkan oleh *caregiver* mencakup gangguan emosional: perubahan pada fungsi kognitif, ekspresi emosional dan perilaku, mungkin sebagai akibat kerusakan otak dan juga faktor dari pengasuh sendiri seperti tekanan yang dialami, kepribadian dan adanya perubahan pada lingkungan hidup. *Stroke*

menimbulkan pengaruh pada seluruh orang yang berinteraksi dengan penderita, tetapi paling sering pada keluarga dan *caregiver*. Pada penelitian ini sebagian besar *caregiver* adalah wanita (80%) dan berusia relatif tua (> 45 tahun). Wanita dan usia yang lebih tua memiliki kecenderungan untuk mengalami gangguan emosional sebagai pengasuh pasien *stroke*.^{4,5,9,10,11,13,14}

Sembilan puluh delapan *caregiver* dari 100 pasien yang mengalami *stroke* iskemik episode pertama di Rumah Sakit Pusat Pendidikan di Helsinki, *caregiver* diwawancarai saat pasien pada fase akut, pada enam bulan, dan pada 18 bulan. Depresi dinilai dengan *Beck Depression Inventory*. Status fungsional saraf, kognitif, dan emosional pasien dinilai selama perkembangan, dengan baterai tes komprehensif. Hasil sebanyak 30% menjadi 33% dari semua *caregiver* mengalami depresi selama perkembangan, dengan nilai presentasi lebih tinggi daripada pasiennya sendiri. Pada fase akut, *caregiver* yang mengalami depresi dikaitkan dengan tingkat keparahan *stroke* dan usia pasien, dan pada 18 bulan pasca-perawatan pasien *stroke* dikaitkan dengan depresi dari pasangan/*caregiver*.¹⁴

Terdapat penelitian yang dilakukan untuk menguji hubungan antara beban *caregiver* dan kualitas kesehatan yang berhubungan dengan kehidupan dalam keluarga *caregiver* pasien *stroke* yang lebih tua di Jepang, dan untuk memeriksa yang karakteristik situasi pengasuhan secara signifikan berhubungan dengan beban meningkat. Metode: subjek (n = 100) direkrut dari tujuh rumah sakit saraf yang dipilih secara acak dengan pasien rawat jalan rehabilitasi klinik di Jepang, dan diwawancarai menggunakan tool *The Zarit Burden Interview*, *Modified Barthel Index*, *Geriatric Depression Scale* dan *Social Functional -12 Kesehatan Survei* untuk kualitas kesehatan yang berhubungan dengan kehidupan. Hasil: beban *caregiver* meningkat secara signifikan berhubungan dengan kualitas kesehatan pasien yang memburuk, terutama memburuknya kesehatan mental (*Geriatric Depression Scale* dan *Social Functional -12 item*), hal ini terkait dengan usia *caregiver*, jenis kelamin, penyakit kronis, rata-rata lama pengasuhan jam per hari, dan ketergantungan fungsional pasien pada *caregiver*. Terdapat temuan yang menunjukkan bahwa beban *caregiver* meningkat secara signifikan, berhubungan

dengan kualitas kehidupan yang menurun pada pasien *stroke*. Selain itu, prevalensi gejala depresi di antara *caregiver* adalah dua kali lipat pada *caregiver* yang tinggal di komunitas orang-orang tua.^{7,8}

Terdapat studi yang menyoroti gejala depresi pada *caregiver* kaitannya dengan QOL (*Quality of Life*) pasien *stroke*. Meskipun dirasakan terdapat penurunan fungsi fisik pasien *stroke* dari waktu ke waktu, beberapa komponen lain QOL membaik, hal ini menunjukkan adanya intervensi dan adaptasi perubahan situasi kehidupan dari *caregiver*. Di sinilah peran besar *caregiver* dalam merawat pasien *stroke* mungkin mereka selalu di bawah tekanan besar emosional-mental.^{1,3,4}

Beban *caregiver* didefinisikan sebagai masalah-masalah fisik, psikologis/emosional, sosial dan finansial yang dialami oleh *caregiver* dalam merawat pasien lanjut usia yang mengalami gangguan.

Zarit dkk (1986) merujuk konsekuensi negatif dari *caregiving* sebagai *subjective burden*, yaitu manifestasi morbiditas pada *family caregiver* misalnya penurunan fungsi imun; morbiditas psikososial seperti penurunan aktivitas sosial, waktu pribadi, mundurnya relasi keluarga, dan penampilan yang berhubungan dengan pekerjaan. Sedangkan *objective burden* merujuk kepada kebutuhan pasien dan defisit yang memengaruhi pelaksanaan *caregiving*.^{1,2,7,8}

Ada 3 faktor beban *caregiver* yaitu efek dalam kehidupan pribadi dan sosial, beban psikologis dan perasaan bersalah, harus memberikan sejumlah waktu, energi, uang. Tugas ini acapkali dirasakan tidak menyenangkan, menyebabkan stres psikologis dan melelahkan secara fisik. Beban psikologis yang dirasakan oleh *caregiver* antara lain rasa malu, marah, tegang, tertekan, lelah, dan rasa kuatir. Faktor terakhir berhubungan dengan perasaan bersalah seperti seharusnya dapat melakukan lebih banyak, tidak dapat merawat dengan baik, dan sebagainya.^{1,2,7,8}

Secara konsisten banyak literatur melaporkan adanya hubungan antara tekanan psikologis *caregiver* dengan tingkat disabilitas pasien, tetapi hasilnya ternyata bervariasi karena ada faktor-faktor lain yang memengaruhi seperti status ekonomi *caregiver*, ketersediaan sumber dukungan sosial, perbedaan individu seperti jender, kepribadian (optimisme, percaya diri, kemampuan diri), strategi diri, serta kualitas

hubungan *caregiver* dan *care-recipient*.

Depresi pada Lansia

Setiap individu tentunya berharap dapat menjalani masa tuanya dengan bahagia. Ketika memasuki masa tua, sebagian orang lanjut usia dapat menjalaninya dengan bahagia, namun tidak sedikit dari mereka yang mengalami hal sebaliknya, masa tua dijalani dengan rasa ketidakbahagiaan, sehingga menyebabkan rasa ketidaknyamanan. Penampilan penyakit pada lansia sering berbeda dengan dewasa muda, karena penyakit pada lansia merupakan gabungan dari kelainan-kelainan yang timbul akibat penyakit dan proses menua, yaitu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita.

Orang lanjut usia sebagai tahap akhir dari siklus kehidupan manusia, sering diwarnai dengan kondisi hidup yang tidak sesuai dengan harapan. Banyak faktor yang menyebabkan seorang lansia mengalami gangguan mental seperti depresi. Depresi pada lanjut usia sebagai tahap akhir siklus perkembangan manusia, masa dimana semua orang berharap akan menjalani hidup dengan tenang, damai, serta menikmati masa pensiun bersama anak dan cucu tercinta. Pada kenyataannya tidak semua lansia mendapatkan hal yang sama untuk menggapai kondisi hidup idaman ini. Berbagai persoalan hidup yang mendera lansia seperti kemiskinan, kegagalan yang beruntun, stres yang berkepanjangan, keturunan yang bisa merawatnya, dan sebagainya. Kondisi-kondisi hidup seperti ini dapat memicu terjadinya depresi (Syamsuddin, 2006).

Depresi terus menjadi masalah kesehatan mental yang serius meskipun pemahaman kita tentang penyebab dan perkembangan pengobatan farmakologi dan psikoterapeutik sudah demikian maju. Studi epidemiologis tentang depresi di antara lansia yang ada di komunitas melaporkan tingkat yang sangat bervariasi, dari dua sampai 44% tergantung pada kriteria yang digunakan untuk mendefinisikan depresi dan metode yang digunakan untuk mengevaluasi hal tersebut. Studi yang paling tepat menyatakan bahwa

gejala-gejala penting dari depresi menyerang kira-kira 10 sampai 15% dari semua orang yang berusia lebih dari 65 tahun yang tidak *di institutionalisasi*. Gejala-gejala depresi ini sering berhubungan dengan penyesuaian yang terlambat terhadap kehilangan dalam hidup dan stressor-stressor, misal pensiun yang terpaksa, kematian atau kecacatan pada pasangan dan penyakit-penyakit fisik.

Sejauh ini, prevalensi depresi pada lansia di dunia berkisar 8 - 15%, dan hasil meta-analisis dari laporan negara-negara di dunia mendapatkan prevalensi rata-rata depresi pada lansia adalah 13,5% dengan perbandingan wanita-pria 14,1 : 8,6. Adapun prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di rumah sakit dan panti perawatan sebesar 30-45%. Lansia yang menderita depresi memunyai risiko bunuh diri. Hal ini telah banyak dialami lansia di Amerika, Hongkong, Australia, serta dapat pula terjadi di Indonesia.

Depresi di kalangan lansia seringkali terjadi bersamaan dengan penyakit ketuaan lainnya yaitu arthritis, jantung, parkinson, Alzheimer, serta stroke, dan seringkali dianggap sebagai bagian dari penyakit itu. Terjadinya depresi secara biologik dipacu dengan perubahan neurotransmitter, penyakit sistemik dan penyakit degenerative. Penyebab depresi adalah zat-zat kimia di dalam otak (neurotransmitter) tidak seimbang. Neurotransmitter sendiri adalah zat kimia yang membantu komunikasi antar sel-sel otak.^{18,19,20,21,22}

Berdasarkan DSM IV (*diagnosis and statistical manual of mental disorders IV*), disebut sebagai depresi berat bila ditemukan 5 dari gejala-gejala ini:¹⁷

- *mood* depresi hampir sepanjang hari,
- insomnia atau hipersomnia,
- hilang minat dan rasa senang secara nyata dalam aktivitas normal,
- berat badan menurun atau bertambah,
- agitasi atau retardasi psikomotor,
- kelelahan atau tidak punya tenaga,
- sulit konsentrasi,
- rasa tidak berguna atau rasa bersalah yang berlebihan,
- pikiran berulang tentang kematian,
- percobaan/ide bunuh diri dan gejala-gejala ini bukanlah akibat dari tindakan medis atau karena pengaruh zat kimia.

Prognosis untuk pasien depresi pada lansia tidaklah berbeda jauh dengan remaja. Bila ditangani dengan baik dan cepat, lansia-lansia tetap dapat sembuh dan berfungsi dengan baik lagi, sedangkan pada hasil terapi yang kurang memuaskan biasanya disebabkan oleh penyakit kronik dan episode awal depresi yang kurang baik. Biasanya kematian tidak berhubungan langsung dengan depresinya, tetapi karena kelainan vaskuler (pembuluh darah) dan gangguan paru. Bagi para lansia, peran keluarga sangatlah penting karena mereka adalah orang-orang yang memiliki ikatan batin yang kuat dengan lansia. Keluarga dapat menjadi pendukung bagi mereka. Juga bila kita dapat memberikan perawatan yang sangat baik kepada lansia-lansia di sekitar kita.

Terdapat beberapa pilihan obat anti depresi yaitu jenis selective *serotonin reuptake inhibitors* (SSRIs): Prozac (*fluoxetine*), Zoloft (*sertraline*), Cipram (*citalopram*) dan Paxil (*paroxetine*). Jenis NASSA: Remeron (*mirtazapine*). Jenis Tricyclic: Tofranil (*imipramine*) dan Norpramin (*desipramine*). Reversible inhibitor Mono Amine Oxidase (RIMA) Inhibitors: Aurorix. Stablon (*Tianeptine*).^{18,19}

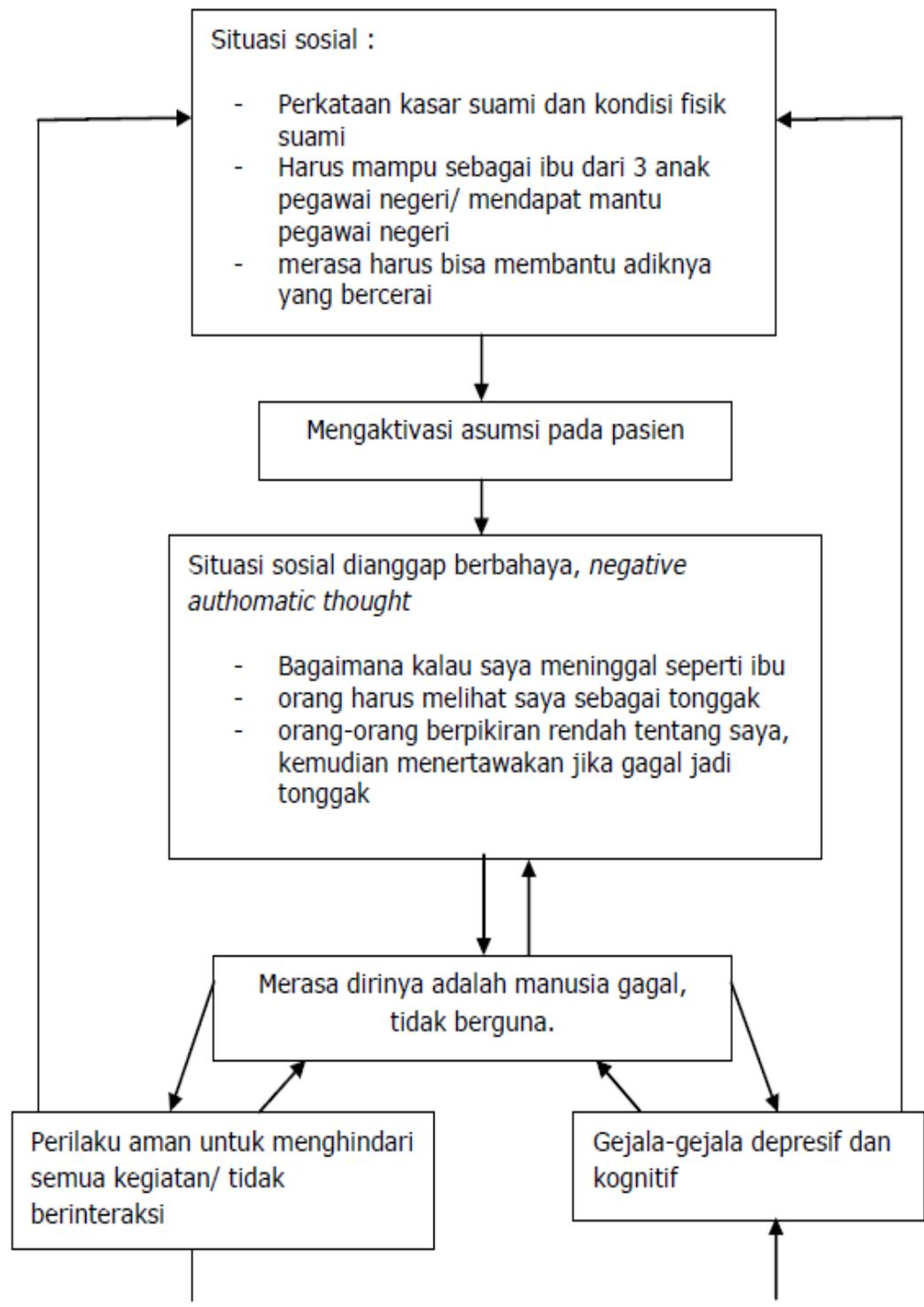
Ilustrasi Kasus

Ny.En, 63 tahun, menikah dengan 3 anak, Islam, Jawa, pendidikan terakhir SMEA, Ibu rumah tangga. Keluhan Utama pasien merasa sedih dan ingin mati sejak satu bulan sebelum datang ke Poli Jiwa. ± 6 bulan sebelum pasien datang ke poli, suaminya mengalami serangan *stroke* yang keempat kalinya, perkataan suami (Tn.S) menjadi semakin kasar, menuduh dirinya selingkuh, mudah tersinggung, cepat marah, dan berprasangka buruk pada semua orang. Keadaan fisik Tn.S juga tidak memungkinkan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari sendiri, tangan dan kaki kanan Tn.S terasa lemas sehingga tidak kuat bila memegang sesuatu dan Tn.S sulit untuk buang air kecil/ besar di kamar mandi (terkadang buang air kecilnya tidak dapat dikontrol). Pasien mengatakan akhir-akhir ini hilang minat dan kesenangan, sulit untuk memfokuskan pikiran dalam melakukan kegiatan sehari-hari karena masalah ini, pasien lebih nyaman untuk tidur-tiduran saja di kamar, hilang nafsu makan, sering sulit tidur, gula darah pasien cenderung

di atas 500 walaupun sudah kontrol dan minum obat secara teratur seperti biasanya. Setiap kali pasien teringat perkataan Tn.S yang kasar, pasien merasa kepalanya sakit, perut atas terasa perih, dan telapak tangan terasa dingin. Selain masalah komunikasi dengan suami, pasien menghadapi kondisi adiknya bercerai dan ketiga anaknya tidak masuk sebagai pegawai negeri. Pasien merasa bahwa hidupnya sudah tidak ada gunanya lagi, pasien sering berpikir untuk lari dari rumah. Belakangan ini pasien juga sering berpikir untuk mengakhiri hidup dengan cara merebahkan diri di atas rel kereta api dekat rumahnya. Sejak masa remaja pasien mengalami kekecewaan dengan ayahnya yang menikah lagi (pasien menggambarkan sejak itu cintanya terbagi). Pasien sayang pada ayahnya tetapi juga kecewa dengan perlakuan ayahnya.

Sampai saat ini Pasien mempunyai pikiran bahwa ibunya meninggal karena sakit hati dengan ayahnya, maka dirinya juga akan meninggal dengan menderita karena perlakuan suaminya (*negative automatic thought*). Nilai ZBI (*The Zarit Burden Interview* versi Indonesia) pasien 80 (beban berat). Anggapan irasional pasien adalah: dunia akan kiamat bila kondisi suami tidak bisa kembali seperti semula/ lebih baik suaminya meninggal dari pada hidupnya terus menyusahkan dan bergantung pada orang lain, dengan menjalankan desensitisasi langsung pasien sudah mampu menghadapi situasi “mendengar perkataan kasar suaminya” dengan skala depresif 0-2 (sebelumnya 10) dan nilai ZBI pasien setelah *mendapat CBT adalah 20 (beban sedikit)*.

Model kognitif yang teridentifikasi pada pasien ini sebagai berikut :



Penatalaksanaan Depresi Pasca-stroke

Sekitar 26% pasien pasca - stroke menderita depresi mayor dan 20% depresi tipe distimik. Sekitar 40% - 50% pasien dapat menderita depresi dalam beberapa bulan pertama setelah *stroke*.⁹ Studi prospektif (dua tahun) yang dilakukan terhadap pasien *stroke* mendapatkan 26% pasien mengalami depresi mayor dan 20% depresi minor ketika dievaluasi di rumah sakit. Pasien yang mengalami depresi mayor ketika di rumah sakit, setelah satu atau dua tahun sembuh sempurna; sedangkan prognosis pasien dengan depresi minor kurang baik, hanya 30% yang sembuh setelah dua tahun pasca-*stroke*. Sekitar 30% yang tidak mengalami depresi selama perawatan di rumah sakit menjadi depresi setelah dua tahun pasca-*stroke*. Durasi depresi mayor secara alamiah berlangsung sekitar satu tahun, sedangkan durasi depresi minor lebih lama; pada beberapa kasus berlangsung lebih dari dua tahun sehingga

memenuhi kriteria gangguan distimik. Dua faktor yang telah diidentifikasi dapat memengaruhi perjalanan alamiah *Depression Post Stroke* yaitu:

1. Terapi dengan antidepresan
2. Lokasi lesi

Lesi Korteks pada Suami Pasien

Dari penelitian terhadap pasien pasca - *stroke* didapatkan bahwa sekitar 44% pasien dengan lesi di korteks kiri mengalami depresi seperti suami pasien (Tn. S), sedangkan pada pasien dengan lesi di subkorteks kiri 39%. Prevalensi depresi lebih tinggi secara bermakna pada lesi di hemisfer kiri dibandingkan dengan lesi di hemisfer kanan. Bila dilihat lebih jauh, pasien dengan lesi korteks frontal kiri anterior lebih sering mengalami depresi jika dibandingkan dengan pasien dengan lesi korteks frontal kiri posterior.

Lembar Kerja I : Memahami masalah

Keadaan lingkungan/ kehidupan anda : Suami berkata kasar, keluarga suami menuduh menghabiskan uang pensiun suami, adik bercerai, ayah masih bekerja saat ini, anak perempuan belum mendapat jodoh dan belum jadi PNS.

Reaksi tubuh : maag kambuh/ sakit perut , tangan dingin, otot tegang, kepala terasa berat, jantung berdetak kencang.

Perasaan : sedih, marah, kecewa, dendam

Tingkah Laku : tidur-tiduran di kamar, tidak menegur suami, tidak mau bertemu ayah,

Pikiran :

- suami sudah berubah
- Keluarga suami berniat merusak rumah tangga
- Ibu yang gagal mendidik anak-anaknya
- Kakak yang gagal jadi tonggak untuk adiknya
- Ibu tirinya sangat kejam dan memanfaatkan ayah

Lembar Kerja II : Mengenal Perasaan

1. Situasi : Suami berkata kasar dan menuduh dirinya berselingkuh.

Perasaan : kecewa, marah, sedih

2. Situasi : Keluarga suami menuduh dirinya menghamburkan uang pensiun

Perasaan : marah, kecewa, dendam

3. Situasi : Anak- anak perempuan belum ada yang menikah dan belum berhasil jadi PNS

Perasaan : malu, kecewa, sedih

4. Situasi : Adik bercerai.

Perasaan : sedih, kecewa

5. Situasi : Dengar ayah masih aktif bekerja saat ini

Lembar Kerja III : Memberi Peringkat Kepada Perasaan

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
 Tidak ada Sedikit Sedang Banyak Seringkali
 Sama sekali

1. Suami berkata kasar dan menuduh dirinya berselingkuh.

| Perasaan | 0-10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
|----------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Sedih | | | | | | | | | | ☹ |
| Kecewa | | | | | | | | | | ☹ |
| Marah | | | | | | | | | | ☹ |

2. Keluarga suami menuduh dirinya menghamburkan uang pensium

| Perasaan | 0-10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
|----------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Marah | | | | | | | | | | ☹ |
| Kecewa | | | | | | | | | ☹ | |
| Dendam | | | | | | | | | | ☹ |

3. Anak- anak perempuan belum ada yang menikah dan belum berhasil jadi PNS

| Perasaan | 0-10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
|----------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Malu | | | | | ☹ | | | | | |
| Kecewa | | | | | ☹ | | | | | |
| Sedih | | | | | ☹ | | | | | |

4. Adik bercerai dan Ayah masih aktif bekerja

| Perasaan | 0-10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
|----------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Marah | | | | | | | | | ☹ | |
| Sedih | | | | | | | | | ☹ | |

Lembar Kerja IV: Lembar Kerja Analisa Masalah :

| <u>Situasi</u> | <u>Perasaan Saat Ini</u> | <u>Pikiran Saat Ini</u> | <u>Bukti Yang Mendukung Pikiran Negatif</u> | <u>Bukti Yang Tidak Mendukung Pikiran Negatif</u> | <u>Pikiran Baru</u> | <u>Perasaan Baru</u> |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Suami berkata kasar dan menuduh pasien selingkuh | Marah 100% Sedih 100% Kecewa 100% | Suami sudah berubah dan tidak cinta lagi | Suami hanya marah-marah walau sudah dibantu | Sebelum stroke suami tidak pernah menuduh selingkuh | Pikiran, perasaan, dan tingkah laku Suami berubah karena penyakitnya | Marah 50% Sedih 80% Kecewa 50% |

Lembar Kerja V : Eksperimen dan Rencana Kerja : Pikiran Otomatis yang hendak dirubah

| <u>Percobaan</u> | <u>Prediksi Waktu</u> | <u>Kemungkinan Masalah</u> | <u>Strategi untuk mengatasi masalah</u> | <u>Hasil dan Percobaan</u> | <u>Bagaimana hasil tersebut mendukung pikiran yang di test</u> |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Ayah datang berkunjung ke rumahnya | Hari libur | - Mungkin ayah bekerja karena kemauan ayah sendiri untuk tetap aktif -Mungkin ibu tiri yang bisa menjaga ayahnya karena dirinya saat ini memiliki suami dengan depresi paska stroke | -Saya akan mencoba untuk berdamai dengan ayah - Beberapa orang bisa akrab dengan ibu tirinya | - pertemuan dengan ayah berlangsung baik | - ternyata pikiran buruk saya tentang ibu tiri tidak beralasan. |

Kesimpulan

Penurunan fungsi organ pada proses penuaan dan dampak yang ditimbulkan dapat menjadi masalah yang kompleks dan serius, baik bagi lansia, keluarga, masyarakat, maupun negara. Keluarga berperan penting dalam pemeliharaan kesehatan lansia. *Stroke* merupakan salah satu penyakit yang banyak diderita lansia. Sindroma *stroke* terjadi mendadak dan dapat berakhir dengan kematian atau kecacatan yang menetap, sehingga produktivitas dan kualitas hidup akan menurun, bahkan pasien akan menjadi sangat bergantung pada keluarga atau orang-orang di dekatnya. *Caregiver* umumnya sering merasakan adanya perubahan kepribadian pada pasien pasca-*stroke*. Perubahan kepribadian yang dirasakan ini berhubungan dengan gangguan emosional pada *caregiver* dan pasien dan tingkat *disabilitas* pada pasien. Pentingnya kepedulian, edukasi, dan perhatian terhadap *caregiver* sebagaimana pada pasien *stroke*, untuk mencegah terjadinya gangguan emosional terutama depresi.

Daftar Pustaka

1. Berg Anu, Palomäki Heikki, Lönnqvist Jouko, Lehtihalmes Matti and Kaste Markku; Depression Among Caregivers of Stroke Survivors;; *Stroke* 2005;36;639-643; originally published online Jan 27, 2005.
2. Anneke LE; Dharmono S; Damping C; penentuan validitas dan reliabilitas the zarit burden interview; Departemen Psikiatri *FKUI* 2009
3. British Geriatrics Society ; *Age and Ageing* 2003; **32**: 218-223; © 2003,
4. Cathrin Jönsson-Ann, Lindgren Ingrid; Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers; *Stroke* 2005;36;803-808; originally published online Mar 10, 2005; <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/36/4/803>
5. Aben Ivo, Denollet Johan, Lousberg Richel , Verhey Frans; Personality and Vulnerability to Depression in Stroke Patients: A 1-Year Prospective Follow-Up Study; <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/33/10/2391>; *Stroke* 2002;33;2391-2395
6. Laidlaw Ken ; Cognitive behaviour therapy with older people; Copyright u 2003 John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester.
7. Morimoto Tomoko, Schreiner Andrea and Asano Hitoshi; Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers ; Published: 18 August 2006; *Health and Quality of Life Outcomes* 2006, 4:52 doi:10.1186/1477-7525-4-52; <http://www.hqlo.com/content/4/1/52>
8. Miyashita Mitsunori, Yamaguchi Aki, Kayama Mami, Narita Yugo; Validation of the Burden Index of Caregivers (BIC), a multidimensional short care burden scale from Japan; *Health and Quality of Life Outcomes* 2006, 4:52; <http://www.hqlo.com/content/4/1/52>.
9. Blood GW, Simpson Kathleen C; Spouses of individuals with Stroke Survival; Caregiver strain and burde; Department of Communication Disorders The Pennsylvania State University University Park, Pennsylvania, USA; June 2002.
10. Burton Allison, Kwak Jung, and Haley William; Elder Caregiving; University of South Florida, Tampa, Florida, USA; 2008
11. Iecovich.E; Caregiving Burden, Community Services, and Quality of Life of Primary Caregivers of Frail Elderly Persons; *Journal of Applied Gerontology*, June 1, 2008; 27(3): 309 - 330.
12. Silaen Benny M dkk. Hubungan antara Perubahan Kepribadian Pasca-*stroke*; *Majalah Kedokteran Nusantara* Volume 41 □ No. 1 □ Maret 2008 ; 13
13. Rochettea,bravog,desrosiersj; Adaptation process, participation and depression over six months in first-stroke individuals and spouses; *Clinical Rehabilitation*, June 1, 2007; 21(6): 554 - 562.
14. Visser-Meily, Post M, Riphagen I, and Lindeman E; Measures used to assess burden among caregivers of stroke patients: a review; *Clinical Rehabilitation*, June 1, 2004; 18(6): 601 - 623.
15. De Groot Marry, PINKERMAN Brenda; Depression Treatment and Satisfaction in a

- Multicultural Sample of Type 1 and Type 2 Diabetic Patients; *Diabetes Care*, vol 29, Number 3, March 2006 ; 549.
16. Ciechanowski Paul, MD, Katon WJ, Russo Joan E; Depression and Diabetes Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs; *Arch Intern Med/VOL 160, NOV 27, 2007*; WWW.archinternmed.com 3278 ©2007
 17. DSM-IV-TR, published by American Psychiatric Association Washington,DC.
 18. Wiwie M; Pengelolaan Depresi Pada Usia Lanjut; *Pedoman Pengelolaan Kesehatan Pasien Geriatri*; FKUI 2000; 60-76.
 19. Dharmono S; Waspada Depresi pada Lansia ; Kamis, 26 Juni 2008 | 19.12 WIB; *kompas.com*
 20. Turana Yuda; Stres , Hipertensi dan Terapi Musik ; *Kompas* 2008
 21. Brief Group Psychotherapy pada Lansia yang Menderita diabetes mellitus; Universitas Airlangga Surabaya; Edisi No 08 Vol XXXVI - 2010 - Artikel Penyegar
 22. Praptiwi A; pemberdayaan keluarga dalam penatalaksanaan lansia pasca stroke di rumah; *Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran*; 2008.
 23. Steven Roose P; *Late-life Depression*; 1st edition; 2004 Oxford University press.
 24. Lustman Patric J, Freedland Kenneth; Similarity of depression in diabetic and dsychiatric patients; *Psychosomatic Medicine* 54:602-611 (2005); <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/33/10/2391>