



DEPRESI PADA LANSIA : FAKTOR RESIKO, DIAGNOSIS DAN TATALAKSANA

Prasnya Jatu Nareswari¹

¹ Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Corresponding Author: Eka Gunadi, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung.

E-Mail: prasnyajatu07@gmail.com

Received Oktober 23, 2020; **Accepted** Oktober 28, 2020; **Online Published** Januari 06, 2021

Abstrak

Penuaan merupakan proses yang alami pada hidup manusia dan ketika kita menjadi tua terjadi berbagai perubahan seperti adanya perubahan penampilan, menurunnya fungsi panca indera, dan penurunan fungsi tubuh yang menyebabkan lebih rentan terkena penyakit. Perubahan menyebabkan lansia mudah terkena gangguan mental, terutama yang paling sering terjadi adalah depresi. Depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan perasaan sedih terus menerus, hilangnya kesenangan dan minat, timbulnya rasa bersalah dan harga diri rendah. Depresi dapat disebabkan karena berbagai macam hal, pada lansia sendiri beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan depresi adalah usia, status pekerjaan, jenis kelamin, riwayat penyakit kronis, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan dukungan sosial. Diagnosis dan penanganan depresi sangat penting untuk dilakukan karena gejalanya akan memperparah penyakit fisiknya, menambah penarikan diri, tidak patuh pengobatan dan keputusan serta kematian dini. Perawatan andalannya adalah antidepresan dan psikoterapi khusus depresi seperti terapi kognitif dan terapi interpersonal. Studi literatur ini dibuat untuk dapat mendiagnosis depresi dan menatalaksana depresi pada lansia secara tepat agar lansia dapat meningkatkan kualitas hidup pada lansia.

Keywords: *depresi, lansia, lanjut usia*

PENDAHULUAN

Penuaan dan menjadi lanjut usia merupakan proses yang alami pada hidup manusia. Menurut UU No. 13 tahun 1998 pasal 1 ayat 2 tentang kesejahteraan lanjut usia, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Berdasarkan data proyeksi penduduk, diperkirakan jumlah lansia di Indonesia pada tahun 2020 mencapai 27 juta jiwa atau sekitar 9,99% dari seluruh penduduk Indonesia. Angka tersebut akan naik menjadi 40,9 juta jiwa atau sekitar 13,82% pada tahun 2030. (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2013). Peningkatan jumlah populasi penduduk yang berusia lebih dari 60 tahun melebihi 7,0% menandakan bahwa Indonesia sedang memasuki era penduduk menua (*ageing population*). (Cicuh, 2020)

Banyak perubahan terjadi ketika memasuki proses penuaan ini, seperti adanya perubahan penampilan, menurunnya fungsi panca indera, dan penurunan fungsi tubuh yang menyebabkan lansia lebih rentan terkena penyakit. (Anorital, 2016; Bestari & Wati, 2016) Berbagai perubahan lingkungan sosial juga dirasakan oleh lansia, seperti penurunan kemampuan ekonomi, kehilangan anggota keluarga atau teman karib, kehilangan pekerjaan, serta ketidakmampuan untuk ikut serta dalam kegiatan masyarakat. Hal tersebut menyebabkan lansia mudah terkena gangguan mental, terutama yang paling sering terjadi adalah depresi. (Aryawangsa & Ariastuti, 2016; Sudoyo dkk, 2014)

Depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan perasaan sedih terus menerus, hilangnya kesenangan dan minat, timbulnya rasa bersalah dan harga diri rendah. Depresi juga dapat mengganggu pola tidur dan nafsu makan, menyebabkan kelelahan, dan penurunan konsentrasi. (WHO, 2012) Depresi dapat bersifat akut maupun kronis, dan pada kasus depresi berat, penyakit ini dapat menyebabkan bunuh diri. (Irawan, 2013). Studi literatur ini dibuat untuk dapat mendiagnosis depresi dan menatalaksana depresi pada lansia secara tepat agar lansia dapat meningkatkan kualitas hidup pada lansia.

FAKTOR RESIKO

Depresi dapat disebabkan karena berbagai macam hal, pada lansia sendiri beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan depresi adalah usia, status pekerjaan, jenis kelamin, riwayat penyakit kronis, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan dukungan sosial. (Aryawangsa & Ariastuti, 2016; Livana et al., 2018; Puspita et al., 2014)

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa adanya hubungan bermakna antara usia dengan kejadian depresi yaitu, terdapat kecenderungan peningkatan angka depresi seiring dengan pertambahan usia. (Aryawangsa & Ariastuti, 2016; Hadi et al., 2017; Hasan, 2017; Puspita et al., 2014) . Hal itu dikarenakan ketika seorang individu menjalani hidup lebih lama maka akan ada penurunan status fungsional tubuh sehingga tubuh akan lebih rentan terkena penyakit, dan berbagai pengalaman hidup yang mempengaruhi status kejiwaan lansia sehingga dapat meningkatkan resiko terjadinya depresi. (Bestari & Wati, 2016)

Faktor resiko lain yang dapat mempengaruhi tingkat depresi pada lansia adalah jenis kelamin. Hal itu berkaitan dengan hormon seks, cara bersosialisasi, cara menghadapi masalah, frekuensi dan reaksi stress, peran sosial dan budaya yang berbeda-beda. (Kaplan et al.,

2010). Wanita memiliki kecenderungan hampir dua kali lipat lebih besar daripada pria untuk mengalami depresi mayor. (Harista & Lisiswanti, 2015; Kaplan et al., 2010)

Salah satu stressor yang meningkatkan resiko terjadinya depresi pada lansia adalah penyakit kronis. Dalam penelitian milik Aryawangsa dan Ariastuti serta Wulandari, tingkat depresi pada lansia yang memiliki lebih dari dua jenis penyakit kronis lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang memiliki 0-2 jenis penyakit kronis. (Aryawangsa & Ariastuti, 2016; Wulandari, 2011) Kondisi multipatologis ini berhubungan erat dengan depresi serta terdapat hubungan timbal balik antara penyakit kronis dan depresi, yaitu penyakit kronis dapat menjadi faktor resiko terjadinya depresi, namun juga depresi dapat menyebabkan ataupun memperburuk penyakit fisik yang sudah ada. Misalnya menurunnya semangat hidup, gangguan pola makan dan tidur serta kurangnya aktivitas akibat depresi menyebabkan berbagai penyakit degeneratif (Maramis, 2014)

Pendidikan berfungsi sebagai bekal perkembangan kognitif yang merupakan suatu mediator kejadian dan mood, sehingga kurangnya pendidikan menyebabkan individu tidak mengerti apa yang terjadi pada dirinya (termasuk jika mengalami depresi) dan kesulitan untuk menemukan solusi dalam mengatasi masalah kehidupannya. (Livana et al., 2018)

Perceraian dan perpisahan dapat berhubungan tingkat depresi pada lansia. Individu yang bercerai atau berpisah memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami depresi dibandingkan dengan yang menikah atau lajang. Selain itu, individu yang tinggal sendiri akan cenderung untuk mengalami depresi dibandingkan dengan individu yang tinggal bersama keluarga dan kerabat. (Kurniawan, 2016)

Status pekerjaan merupakan faktor risiko depresi lainnya. Kehilangan pekerjaan dapat membuat individu merasa kesepian karena berkurangnya aktivitas yang ia

jalani setiap harinya. Selain itu, hilangnya pekerjaan juga berkaitan dengan menurunnya pendapatan sehingga akan ada kesulitan ekonomi untuk menunjang hidupnya. (Livana et al., 2018) Pada penelitian milik Beljouw dalam Livana dkk (2018) menyatakan bahwa lansia yang tidak bekerja mengalami depresi 4,77 kali lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang masih memiliki pekerjaan.

Dukungan sosial yang rendah meningkatkan risiko depresi hingga delapan kali lipat. (Puspita et al., 2014) Seseorang yang tidak terintegrasi ke dalam masyarakat cenderung menderita depresi. Kesibukan anggota keluarga lain juga dapat menimbulkan rasa kesepian, bahkan terkadang individu dibiarkan di rumah sendirian atau dipindahkan ke panti werdha karena tidak sempat mengurus. Lansia yang tinggal di panti akan mengalami depresi akibat kurangnya kasih sayang yang diterima, adanya permasalahan dengan keluarga dan ketidakperdulian keluarga pada lansia. (Pae, 2017) Dukungan sosial yang diberikan oleh pihak panti belum dapat menutupi kebutuhan akan dukungan dari orang-orang terdekat atau keluarga, sehingga lansia mengalami stress berkepanjangan yang mengarah pada depresi. (Saputri & Indrawati, 2011)

Faktor resiko lain terhadap timbulnya depresi pada lansia adalah persepsi terhadap masalah ekonomi yang berlebihan, rendahnya kepuasan dalam hidup, penyakit (kanker, serebrovaskular, penyakit tiroid, dll), konsumsi banyak obat, kejadian buruk dalam hidup, insomnia, perubahan *white matter*, dan kurangnya aktivitas (Fiske et al., 2009; Naismith et al., 2012; Varma, 2012; Wongpakaran et al., 2012) Faktor protektif yang mampu melindungi seseorang dari depresi antara lain pendidikan dan status ekonomi yang tinggi, melakukan aktivitas produktif, keadaan spiritual yang baik atau religius, serta pengetahuan tentang tujuan dari hidupnya (Fiske et al., 2009)

DIAGNOSIS

Saat ini, belum ada kriteria sistem diagnosis yang spesifik untuk kelompok lanjut usia. Penegakkan diagnosis dibantu oleh temuan praktis dan studi riset. Ciri spesifik usia lanjut dan ketidakmampuan dalam mengekspresikan mood depresif menjadi tantangan dalam penegakkan diagnosis gangguan ini (Varma, 2012)

Depresi yang terjadi pada kelompok umur yang lebih tua umumnya dipresentasikan sedikit berbeda dari kelompok umur yang lebih muda. Pada kelompok usia muda, depresi umumnya dipresentasikan dengan tetrahedron gejala yang meliputi mood depresif, cemas, penurunan aktivitas, dan penurunan gejala somatik (Gottfries, 1998). Gejala kognitif-afektif seperti disforia atau perasaan tidak berguna jarang ditemukan pada depresi kelompok tua (Gallo et al., 1994). Hal ini diduga berkaitan dengan rasa malu dan berkurangnya kemampuan untuk menikmati hidup akibat penuaan (Gottfries, 1998). Mood depresif, kehilangan ketertarikan, dan anhedonia merupakan gejala yang juga timbul saat tua. Hal ini menyebabkan pengamatan pada gejala vegetatif (seperti rasa kantuk berlebih, hilangnya nafsu makan) dan gejala somatik (seperti konstipasi dan nyeri) lebih sering diekspresikan (Varma, 2012)

Kelompok muda dengan gangguan depresif mayor umumnya akan mengalami retardasi aktivitas dengan pikiran terbatas dan lambat. Hal serupa ditemukan juga pada orang tua dengan gangguan depresif mayor namun dengan presentasi yang berbeda. Gangguan somatis menurunkan aktivitas sehari-hari seseorang serta rasa lelah dan astenia adalah gejala umum pada usia lanjut. Gejala-gejala tersebut sering dinilai normal akibat penuaan (Gottfries, 1998)

Temuan perasaan bersalah dalam kelompok usia tua dengan gangguan depresi mayor lebih jarang ditemukan. Adanya temuan ini mengindikasikan

adanya riwayat episode depresi saat ia berusia muda (Varma, 2012)

Faktor umur, intensitas depresi, ras, faktor vaskular, dan tingkat edukasi mempengaruhi tingkat keparahan disfungsi kognitif depresi pada lansia. (Varma, 2012)

Temuan hiperintensitas *white matter* pada depresi sedang dihubungkan dengan penurunan fungsi kognitif (terutama penyimpanan memori dan bahasa) dan fungsi eksekutif. (Kramer-Ginsberg et al., 1999)

Kelainan depresif mayor tidak dapat didiagnosis bila gejala yang dialami pasien timbul akibat fisiologis dari

kelainan medis. Hal terjadi karena depresi dapat salah ditegakkan akibat adanya kondisi seperti lemas dan penurunan berat badan pada kanker. Mengingat kriteria tersebut juga digunakan untuk diagnosis depresi mayor. (American Psychological Association (APA), 2013; Fiske et al., 2009) Diagnosis depresi pada pasien lansia dapat menjadi lebih sulit karena adanya komorbiditas fisik dan disfungsi kognitif pada lansia. (Kok & Reynolds, 2017)

Tabel 1. Gejala Depresif

Gejala depresif	Keterangan
Mood depresif	Terjadi sepanjang hari dan hampir setiap hari. Dapat dirasakan oleh individu tersebut (merasa sedih, kosong, atau tanpa pengharapan) atau diamati oleh orang lain (nampak sedih), individu dapat mengalami <i>irritable mood</i>
Kehilangan ketertarikan/kesenangan	Penurunan ketertarikan secara besar terhadap segala aktivitas sehari-hari, hampir setiap hari. Dapat dirasakan oleh individu atau hasil pengamatan orang lain
Penurunan atau kenaikan berat badan	Penurunan berat badan secara signifikan (tanpa adanya perubahan diet) atau peningkatan berat badan (>5% kenaikan tiap bulannya), atau penurunan atau peningkatan nafsu makan tiap harinya. Depresi pada anak dapat dipresentasikan dengan
Insomnia atau hipersomnia	Terjadi hampir setiap hari
Agitasi atau retardasi psikomotor	Terjadi hampir setiap hari, dapat dirasakan oleh individu atau teramati oleh orang lain
Lemas	Perasaan terkurasnya energi hampir setiap hari
Merasa tidak berguna atau menyesal secara berlebihan	Hampir setiap hari, perasaan bersalah mungkin delusional, dapat berupa pencelaan terhadap diri sendiri atau perasaan bersalah karena penyakit yang ia alami
Penurunan konsentrasi	Hampir setiap hari, dapat berupa keragu-raguan, dan dirasakan oleh individu atau oleh orang lain
Berpikir tentang mati atau bunuh diri	Pemikiran tentang kematian secara berulang (tidak takut aan kematian), pemikiran untuk melakukan bunuh diri secara berulang tanpa atau dengan rencana spesifik, atau dengan percobaan bunuh diri
Gejala tambahan	Keterangan
Gejala yang dimiliki menimbulkan tekanan atau gangguan pada kehidupan sosial, pekerjaan, atau fungsi area penting lainnya	-
Episode yang muncul tidak dikarena efek psikologis suatu zat atau kondisi medis lainnya	-
Episode tidak lebih menjurus kepada gangguan skizoafektif, skizofrenia, gangguan skizofreniform, gangguan delusional, atau spektrum skizofrenia spesifik atau non-spesifik lainnya, dan gangguan psikotik	-
Tidak ada riwayat episode manik atau hipomanik	Pengecualian tidak berlaku bila episode seperti manik

Pada kriteria gangguan depresif mayor di atas, diagnosis ditegakkan apabila pemenuhan kriteria meliputi ≥ 5 gejala depresif dan adanya keempat kriteria tambahan. Sedangkan untuk depresi minor Harus terdapat dua gejala, namun kurang dari lima gejala depresif diatas. Gejala tersebut setidaknya terjadi selama dua minggu, yang menyebabkan gangguan fungsi. (American Psychological Association (APA), 2013)

Neuroimaging fungsional dapat dilakukan untuk identifikasi perubahan fungsi serebral yang tidak hanya menggambarkan kerentanan terhadap penyakit, tapi juga dapat menggambarkan hubungannya dengan variabilitas respon mood dan dan kognitif terhadap terapi (Gunning & Smith, 2011)

TATALAKSANA

Depresi dapat memperburuk manifestasi klinis dari kondisi medis penyerta seperti diabetes atau hipertensi dan merupakan faktor risiko yang dapat memperburuk prognosis dari kondisi tersebut. (American Psychological Association (APA), 2013). Oleh karena itu penanganan depresi sangat penting untuk dilakukan karena gejalanya akan memperparah penyakit fisiknya, menambah penarikan diri, tidak patuh pengobatan dan keputusan serta kematian dini. (Maramis, 2014) Perawatan andalannya adalah antidepresan dan psikoterapi khusus depresi seperti terapi kognitif dan terapi interpersonal. (Kok dan Reynolds, 2017) Terapi lain yang tersedia untuk pengelolaan depresi adalah pengobatan somatik seperti psikofarmaka dan ECT. (Grover & Avasthi, 2017)

Antidepresan adalah pengobatan yang biasanya digunakan untuk episode depresi mayor yang ringan, sedang, atau berat. Perawatan psikoterapi biasanya diindikasikan untuk manajemen pasien dengan depresi minor dan depresi major episode ringan sampai

sedang. (Grover & Avasthi, 2017) Kombinasi antidepresan dan intervensi psikoterapi mungkin menjadi pilihan pengobatan awal yang bagus untuk pasien dengan stresor psikososial, konflik intrapsikik, masalah interpersonal, atau gangguan aksis II komorbid bersama dengan gangguan depresi mayor sedang hingga berat. (Grover & Avasthi, 2017)

Indikasi lain untuk pengobatan kombinasi dengan antidepresan dan psikoterapi adalah respon parsial terhadap antidepresan, intervensi psikoterapi yang memadai, dan pasien yang kurang patuh pada farmakoterapi. (Grover & Avasthi, 2017)

Adanya gejala psikotik mungkin menyarankan penggunaan kombinasi obat antidepresan dan antipsikotik atau ECT. Indikasi lain untuk ECT termasuk adanya fitur katatonik yang tidak merespons benzodiazepin (misalnya lorazepam), risiko bunuh diri yang tinggi, adanya penyakit komorbiditas yang menghalangi penggunaan obat antidepresan, pasien yang menolak makanan dan nutrisi terganggu, dan pasien yang memiliki riwayat respon positif terhadap penggunaan ECT. (Grover & Avasthi, 2017)

Depresi dapat dikelola dengan berbagai macam obat antidepresan (Grover & Avasthi, 2017). Mekanisme utama dari antidepresan adalah meningkatkan konsentrasi monoamin. Selain itu, antidepresan juga meningkatkan reseptor glukokortikoid, meningkatkan sintesis allopregnanolone, meningkatkan kadar Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) , mempunyai efek anti-inflamasi dan efek antioksidan; menjadi antagonis *Corticotropin-releasing hormone* (CRH); antiglukokortikoid; suplemen energi atau membuat sensitif reseptor insulin; antagonis glutamat; penghambat kalsium; meningkatkan dehydroepiandrosterone (DHEA); mengaktifkan telomerase; antagonis TNF-alfa. (Maramis, 2014)

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) adalah kelas antidepresan yang paling banyak diresepkan dan

disarankan sebagai pengobatan lini pertama untuk pasien lansia maupun pasien yang lebih muda. (Grover & Avasthi, 2017) *Selective serotonin reuptake inhibitors yang dapat digunakan pada lansia adalah citalopram, escitalopram, dan sertraline, dan sertraline dan citalopram memiliki potensi paling kecil untuk interaksi obat. Fluoxetin pada golongan SSRI bukan merupakan obat pilihan untuk lansia karena waktu paruh yang panjang (mencapai 4-6 hari), potensi interaksi obat, menginduksi ansietas, gangguan tidur dan agitasi, serta mempunyai efek samping antikolinergik.* (Maramis, 2014)

SSRI hampir sepenuhnya menggantikan antidepresan trisiklik sebagai agen lini pertama untuk mengobati depresi karena sama efektifnya untuk mengobati depresi, memiliki efek samping lebih sedikit pada jantung, lebih dapat ditoleransi, memiliki efek antikolinergik yang minimal, dan memiliki kemungkinan yang rendah untuk menyebabkan overdosis yang fatal. (Kok & Reynolds, 2017)

SSRI dapat ditoleransi dengan baik oleh lansia, namun golongan ini SSRI menurunkan agregasi platelet dan meningkatkan risiko perdarahan, sehingga pemberhentian obat tidak bisa dilakukan secara langsung, harus ditapering down. Efek samping dari obat ini berupa mual, diare, serta efek samping seksual. (Grover & Avasthi, 2017; Maramis, 2014)

Selain itu, SSRI juga dapat menyebabkan perdarahan saluran cerna pada lansia, sehingga perlu diperhatikan penggunaannya pada lansia dengan riwayat tukak lambung, gastritis, varises esofagus, kanker lambung atau kolorektal, penggunaan alkohol kronis, penyakit hati, koagulopati dan penggunaan obat lain secara bersamaan (seperti kortikosteroid, warfarin, clopidogrel, aspirin dan agen antiinflamasi nonsteroid lainnya, penghambat saluran kalsium, penggunaan lebih dari satu antidepresan secara bersamaan). Sehingga penggunaan SSRI direkomendasikan bersamaan dengan proton pump inhibitor, untuk

mengurangi risiko perdarahan GI. (Grover & Avasthi, 2017). Pada dosis tinggi, SSRI juga dapat terjadi hiponatremia (SIADH = Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion). (Maramis, 2014)

Pada pasien lansia polifarmasi, penggunaan SSRI perlu diperhatikan karena memiliki lebih banyak interaksi dengan obat lain. Penghambat reuptake serotonin selektif mungkin berhubungan dengan jatuh dan osteoporosis. Mayoritas orang lansia membutuhkan dosis yang sama dengan pasien yang lebih muda, namun pasien yang sudah sangat tua atau pasien dengan komorbiditas fisik yang membutuhkan dosis lebih rendah dari dosis harian yang ditentukan. (Kok & Reynolds, 2017)

Selain SSRI, Serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI) seperti venlafaxine dan duloxetine juga telah digunakan untuk pengobatan lini pertama (Alexopoulos, 2011). Menurut berbagai studi yang dilampirkan pada artikel milik Alexopoulos, venlafaxine dan SSRI sejauh ini tidak menunjukkan perbedaan tingkat remisi pada populasi geriatri. Pasien yang menerima venlafaxine mengalami lebih sedikit efek samping dibandingkan pasien yang menerima TCA; namun, venlafaxine tampaknya kurang dapat ditoleransi dibandingkan SSRI. Selain venlafaxine, SNRI lain yaitu duloxetine, telah menunjukkan tolerabilitas yang baik dan peningkatan signifikan pada gejala depresi dan nyeri dibandingkan dengan plasebo pada pasien yang lebih tua. (Alexopoulos, 2011). Namun, terdapat efek samping dalam penggunaan venlafaxine seperti termasuk peningkatan tekanan darah dan interval QT yang memanjang (Bottino et al., 2012)

Mirtazapine merupakan noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (NaSSA) yang telah terbukti menjadi zat yang efektif dalam pengobatan depresi usia tua dengan kualitas interaksi obat yang lebih sedikit dan sifat hipnotis yang lebih kuat, sehingga dapat mengatasi gejala sulit tidur pada

dengan insomnia. Efek samping yang dapat mempengaruhi pasien adalah penambahan berat badan (Bottino et al., 2012)

Bupropio termasuk obat golongan norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor (NDRI), digambarkan sebagai aman dan efektif dalam pengobatan depresi usia tua (Bottino et al., 2012). Sifat pengaktifannya mungkin berguna dalam gejala seperti lesu atau retardasi psikomotor dan tidak menunjukkan peningkatan risiko efek kardiovaskular atau antikolinergik (Bottino et al., 2012)

Selama dua dekade terakhir, penggunaan obat-obatan lama, seperti antidepresan trisiklik (TCA) jauh lebih jarang digunakan karena berbagai efek samping dan pertimbangan keamanan, tetapi mungkin masih membantu dalam pengobatan. kasus tahan. (Casey, 2012)

Terdapat berbagai efek samping pada TCA, seperti dapat meningkatkan cardiac risk profile (CRP) dan menyebabkan efek antikolinergik termasuk mulut kering, konstipasi, dan retensi urin, dan bersifat sedatif (Bottino et al., 2012) Efek antikolinergik ini menyebabkan gangguan kognitif dan delirium sehingga menyebabkan gangguan pada aktivitas kehidupan sehari-hari serta fungsi fisik dan mental. Obat dengan sifat antikolinergik tertinggi termasuk amitriptyline, imipramine, dan doxepine, sedangkan nortriptyline dan desipramine adalah antikolinergik paling sedikit (Bottino et al., 2012)

ECT adalah pengobatan pilihan untuk kebanyakan pasien dengan depresi psikotik atau katatonia (Casey, 2012). Data yang tersedia menunjukkan bahwa ECT sama efektifnya dalam pengelolaan depresi pada lansia seperti pada orang dewasa. Data juga menunjukkan bahwa ECT dapat ditoleransi dengan baik pada pasien depresi lansia bahkan pada subjek berusia lebih dari 80 tahun. (Grover & Avasthi, 2017) ECT mungkin efektif dalam kasus resisten bahkan ketika beberapa obat gagal. Penggunaan ECT memiliki respons yang cepat

relatif terhadap obat-obatan. Namun, ECT tidak memberikan efek penyembuhan permanen, ECT juga membutuhkan anestesi dan dapat menyebabkan gangguan kognitif jangka pendek. (Casey, 2012) Efek samping ECT yang sering dilaporkan termasuk peningkatan risiko jatuh, delirium pasca-ECT, atau demensia. Selain itu, ECT juga relatif dikontraindikasikan pada pasien dengan infark miokard baru, tumor otak, aneurisma serebral, dan gagal jantung yang tidak terkontrol. (Grover & Avasthi, 2017)

Psikoterapi adalah pengobatan yang efektif untuk depresi pada usia lanjut dan dapat dianggap sebagai terapi lini pertama, tergantung pada ketersediaan dan preferensi pasien (Taylor, 2014) Dari berbagai model psikoterapi yang digunakan pada lansia, terapi perilaku kognitif (CBT) / teknik pemecahan masalah, psikoterapi interpersonal (IPT), terapi dinamik singkat dan terapi reminiscence. Penggunaan psikoterapi sering kali dipandu oleh preferensi pasien dan ketersediaan dokter dengan pelatihan dan keahlian yang sesuai dalam pendekatan psikoterapi tertentu. (Grover & Avasthi, 2017)

SIMPULAN

Depresi merupakan gangguan kejiwaan yang umum terjadi pada lansia. Perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi dengan penuaan, penyakit kronis dan degeneratif serta penggunaan berbagai obat dapat menjadi faktor resiko dari depresi itu. Diagnosis terlambat dan pengobatan yang tidak tepat menghambathasil pengobatan yang maksima. Perawatan lini pertama bisa melibatkan farmakoterapi atau psikoterapi, ataupun keduanya. Farmakoterapi sekarang berfokus pada SSRI dan SNRI daripada TCA. ECT tetap menjadi pilihan penting, terutama untuk katatonik, psikotik, atau kasus depresi lansia yang resisten terhadap pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexopoulos, G. S. (2011). Pharmacotherapy for late-life depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 1–9.
<https://doi.org/10.4088/JCP.7085tx2cj>
- American Psychological Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Depressive Disorders. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Anorital, A. (2016). Morbiditas dan Multi Morbiditas Pada Kelompok Lanjut Usia di Indonesia. *Jurnal Biotek Medisiana Indonesia*, 4(2), 77–88.
<https://doi.org/10.22435/jbmi.v4i2.5124.77-88>
- Aryawangsa, A. A. N., & Ariastuti, N. L. P. (2016). Prevalensi Dan Distribusi Faktor Risiko Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Tampaksiring I Kabupaten Gianyar Bali 2015. *Intisari Sains Medis*, 7(1), 12.
<https://doi.org/10.15562/ism.v7i1.7>
- Badan Pusat Statistik Indonesia. (2013). Proyeksi Penduduk Indonesia Indonesia Population Projection 2010-2035. In *Badan Pusat Statistik Indonesia*.
- Bestari, B., & Wati, D. N. K. (2016). Penyakit Kronis Lebih Dari Satu Menimbulkan Peningkatan Perasaan Cemas pada Lansia di Kecamatan Cibinong. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19(1), 49–55.
- Bottino, C. M. C., Barcelos-Ferreira, R., & Ribeiz, S. R. I. (2012). Treatment of depression in older adults. *Current Psychiatry Reports*.
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0281-z>
- Casey, D. A. (2012). Depression in the elderly: A review and update. *Asia-Pacific Psychiatry*, 4(3), 160–167. <https://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2012.00191.x>
- Cicah, L. H. M. (2020). *Info Demografi* (Vol. 1).
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. In *Annual Review of Clinical Psychology*.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Gallo, J. J., Anthony, J. C., & Muthen, B. O. (1994). Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. *Journals of Gerontology*.
<https://doi.org/10.1093/geronj/49.6.P251>
- Gottfries, C. G. (1998). Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and aetiology of depression? *International Clinical Psychopharmacology*.
<https://doi.org/10.1097/00004850-199809005-00004>
- Grover, S., & Avasthi, A. (2017). Indian Psychiatric Society Survey on Clinical Practice Guidelines. In *Indian Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.4103/0019-5545.196971>
- Gunning, F. M., & Smith, G. S. (2011). Functional Neuroimaging in Geriatric Depression. In *Psychiatric Clinics of North America*.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.010>
- Hadi, I., Usman, R. D., Rosyanti, L., Keperawatan, J., Kendari, P. K., Kendari, P. K., Kendari, P. K., & Kendari, P. K. (2017). Gangguan Depresi Mayor: Mini Review. *HIJP : HEALTH INFORMATION JURNAL PENELITIAN*, 9(1), 34–49.
- Harista, R. A., & Lisiswanti, R. (2015). Depresi pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Majority*, 4(9), 73–77. <http://jukeunila.com/wp-content/uploads/2016/02/13.pdf>
- Hasan, M. N. (2017). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Dharma (PSTW) Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Madani Medika*, 8(1), 25–30.
- Irawan, H. (2013). Gangguan Depresi pada Lanjut

- Usia. *Cermin Dunia Kedokteran-210*, 40(11), 815–819.
[http://www.kalbemed.com/Portals/6/06_210Gangguan Depresi pada Lanjut Usia.pdf](http://www.kalbemed.com/Portals/6/06_210Gangguan%20Depresi%20pada%20Lanjut%20Usia.pdf)
- Kaplan, H. I., Saddock, B. J., & Grebb, J. A. (2010). Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. In *Bina Rupa Aksara*. Bina Rupa Aksara.
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (2017). Management of depression in older adults: A review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 317(20), 2114–2122.
<https://doi.org/10.1001/jama.2017.5706>
- Kramer-Ginsberg, E., Greenwald, B. S., Krishnan, K. R. R., Christiansen, B., Hu, J., Ashtari, M., Patel, M., & Pollack, S. (1999). Neuropsychological functioning and MRI signal hyperintensities in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.3.438>
- Kurniawan, A. (2016). *Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Tingkat Depresi pada Lanjut Usia di Panti Graha Werdha Marie Yoseph Pontianak*. Universitas Tanjungpura.
- Livana, Susanti, Y., Darwati, L. E., & Anggraeni, R. (2018). Gambaran Tingkat Depresi Lansia. *Jurnal Keperawatan Dan Pemikiran Ilmiah*.
- Maramis, M. M. (2014). Depresi Pada Lanjut Usia. *Jurnal Widya Medika Surabaya*, 2(1), 27–28.
- Naismith, S. L., Norrie, L. M., Mowszowski, L., & Hickie, I. B. (2012). The neurobiology of depression in later-life: Clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathophysiological features. In *Progress in Neurobiology*.
<https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2012.05.009>
- Pae, K. (2017). Perbedaan Tingkat Depresi Pada Lansia Yang Tinggal Di Panti Werdha Dan Yang Tinggal Di Rumah Bersama Keluarga. *Jurnal Ners Lentera*, 5(1), 21–32.
- Puspita, N., Westa, W., & Ratep, N. (2014). Prevalence and Risk Factors of Depression in Older People At Selulung Village Kintamani Distric Bangli Regency in Year 2014. *Jurnal Universitas Udayana*, 1–23.
<https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/11944/8249>
- Saputri, M. A. W., & Indrawati, E. S. (2011). Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Wreda Wening Wardoyo Jawa Tengah. *Jurnal Psikologi*, 9(1). <https://doi.org/10.14710/jpu.9.1>
- Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., & Setiadi, S. (2014). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi VI. In *Interna Publishing*.
- Taylor, W. D. (2014). Depression in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 371(13), 1228–1236. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1402180>
- Varma, G. S. (2012). Depression in the Elderly : Clinical Features and Risk Factors. *Aging and Disease*, 3(6), 465–471.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Van Reekum, R. (2012). Social inhibition as a mediator of neuroticism and depression in the elderly. *BMC Geriatrics*. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-41>
- World Health Organization. (2012). *Depression, a global public health concern*. WHO : Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Wulandari, A. F. S. (2011). *Kejadian dan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia: Studi Perbandingan di Panti Wreda dan Komunitas*. Universitas Diponegoro.