

Tinjauan Pustaka

## Tantangan Dalam Penilaian Klinis Gejala Depresi pada Usia Lanjut *Challenging Task of Depressive Symptoms Assessment in the Elderly*

Sri Sunarti<sup>1</sup>, Siti Fatma Prehatiningsih<sup>1</sup>, Fairuz Faadhilah Mardhiyah<sup>2</sup>, Astika Wirabhatari<sup>2</sup>, Brian Winstonly<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Universitas Brawijaya, RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, Indonesia

<sup>2</sup> Mahasiswa Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Universitas Brawijaya, RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, Indonesia

Diterima 2 Februari 2024; direvisi 15 Februari 2024; publikasi 25 Februari 2024

### INFORMASI ARTIKEL

**Penulis Koresponding:** Siti Fatma Prehatiningsih, Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Universitas Brawijaya, RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, Indonesia  
**Email:** [stfatma@yahoo.com](mailto:stfatma@yahoo.com)

### ABSTRAK

Depresi adalah salah satu gangguan suasana hati yang umum terjadi pada lansia, yang dapat mengurangi kemampuan untuk merehabilitasi diri dan meningkatkan kemungkinan kematian akibat penyakit fisik. Lansia yang mengalami depresi cenderung tidak menunjukkan gejala afektif dan lebih cenderung menunjukkan perubahan kognitif, gejala somatik, dan kehilangan minat dibandingkan lansia yang lebih muda. Hal ini juga sering disalahartikan sebagai efek dari penyakit multipel dan obat-obatan yang digunakan untuk mengobatinya. Factor gejala yang tumpang tindih, komorbid dengan penyakit medis lain, gejala somatik, ditambah penyangkalan dari pasien ini merupakan tantangan tersendiri dalam identifikasi depresi pada usia lanjut. Faktor risiko yang menyebabkan depresi pada usia lanjut adalah kerentanan genetik, penurunan kognitif, perubahan neurobiologis yang berkaitan dengan usia, insomnia, dan peristiwa yang membuat stres. Terapi kombinasi yaitu terapi perilaku kognitif atau terapi penerimaan dan komitmen dengan obat antidepresan.

**Kata Kunci:** depresi, lansia, somatik

### ABSTRACT

Depression is one of the common mood disorder of the elderly, which can reduced the ability to rehabilitate and increased the likelihood of death from physical illness. Depressed older adults are less likely to endorse affective symptoms and more likely to display cognitive changes, somatic symptoms, and loss of interest than are younger adults. It is also frequently confused with the effects of multipel illness and the medicines use to treat them. These overlapping symptoms, comorbid diseases, somatic symptoms, and patient denial, made diagnosing depression in elderly become challenging. Risk factors leading to late life depression are genetic vulnerabilities, cognitive diathesis, age associated neurobiological changes, insomnia, and stressful events. Combination therapy is cognitive behavioral therapy or acceptance and commitment therapy with antidepressant drugs.

**Keywords:** Depression, Elderly, somatic



## PENDAHULUAN

Depresi adalah salah satu penyakit mental yang sering dijumpai pada pasien berusia di atas 60 tahun dan merupakan penyakit paling umum dengan gejala tidak spesifik/tidak khas pada populasi lanjut usia; oleh karena itu sulit diidentifikasi sehingga tidak/terlambat diterapi. Selain itu depresi pada usia lanjut sering tidak diakui pasien dan tidak dikenali dokter karena gejala yang tumpang tindih, sering komorbid dengan penyakit medis lain sehingga lebih menonjolkan gejala somatik daripada gejala depresinya.<sup>(1)</sup>

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas, menurut Kemenkes.<sup>(2)</sup> Depresi adalah perasaan sedih, ketidakberdayaan, dan pesimis, yang berhubungan dengan suatu penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan kepada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam.<sup>(3)</sup> Depresi pada lansia adalah gangguan mental yang dialami individu usia 60 tahun ke atas seperti perasaan sedih, adanya kecemasan, sulit tidur dan tidak memiliki harapan.

## EPIDEMIOLOGI, FAKTOR RISIKO DAN KOMORBIDITAS

Prevalensi depresi di Indonesia berdasarkan hasil laporan riset kesehatan dasar, untuk lansia berusia 55-64 tahun yaitu sebesar 15,9%, lansia usia 65-74 tahun sebesar 23,2%, dan lansia usia di atas 75 tahun sebesar 33,7%.<sup>(4)</sup> Kurang dikenalnya depresi pada lansia dapat terjadi karena gangguan ini lebih sering muncul dengan keluhan somatik pada kelompok usia yang lebih tua daripada kelompok usia yang lebih muda. Selain itu, penuaan dapat mempengaruhi dan menyebabkan dokter menerima gejala depresi sebagai hal yang biasa pada pasien yang lebih tua.<sup>(3)</sup>

Faktor risiko timbulnya gejala depresi pada lansia selain karena faktor usia, adalah wanita (tak menikah dan jan-

da), lebih banyak disabilitas fisik (adanya penyakit fisik, ada gangguan kognitif atau demensia, problem tidur kronik dan ansi-etas), status sosial ekonomi yang kurang, adanya kehilangan (pasangan atau orang terdekat), stres kronik atau mengalami kehidupan yang penuh stresor, kurangnya dukungan psikososial (*loneliness /social isolation*). Sedangkan abnormalitas kepribadian, riwayat gangguan psikiatri sebelumnya, disfungsi perkawinan lebih sebagai faktor risiko pada depresi dengan onset yang lebih muda.<sup>(5)</sup>

Beberapa kondisi lingkungan juga berkaitan dengan meningkatnya tingkat depresi. Orang yang tinggal di kota dua kali lebih depresi dibanding di desa, orang yang tinggal sendiri, orang yang bercerai, kondisi ekonomi miskin, tidak punya tempat tinggal, dan tidak bekerja selama enam bulan atau lebih tiga kali lebih sering depresi dibanding populasi umum.

Istilah komorbiditas digunakan untuk menyatakan adanya dua atau lebih penyakit. Depresi biasanya terjadi bersamaan dengan kondisi medis, terutama pada orang yang lebih tua. Ketika depresi dan kondisi medis muncul berdampingan, dokter harus mencoba menentukan apakah kondisi medis yang mendasari secara patofisiologis terkait dengan depresi atau apakah obat yang dikonsumsi pasien untuk kondisi medis tersebut menyebabkan depresi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa pengobatan gangguan depresi mayor yang terjadi bersamaan dapat memperbaiki perjalanan gangguan medis yang mendasarinya, termasuk kanker.<sup>(3)</sup>

## ETIOPATOFISIOLOGI

Hipotesis terbanyak etiologi depresi disebabkan oleh gangguan regulasi serotonin. Pada percobaan hewan dan pemeriksaan jaringan otak setelah kematian menunjukkan bahwa pada keadaan depresi terjadi gangguan serotonergik termasuk jumlah metabolit, jumlah reseptor, dan respons

neuro-endokrin. Selain itu, pada lansia depresi terjadi perubahan struktur otak. Perubahan tersebut berdampak pada perubahan neurotransmitter yang menyebabkan lansia depresi. <sup>(3)</sup>

Sekitar tiga puluh neurotransmitter telah diketahui dan tiga di antaranya mempengaruhi terjadinya depresi, yaitu serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Secara umum ketiga neurotransmitter berperan dalam mengatur emosi, reaksi terhadap stres, tidur, dan nafsu makan. Jumlah serotonin yang tinggi menyebabkan agresivitas dan gangguan tidur, sedangkan jumlah rendah menyebabkan iritabilitas, ansietas, letargi, dan tindakan atau pemikiran bunuh diri. Pada keadaan depresi, norepinefrin yang berperan dalam regulasi respons "*fight or flight*" terganggu. Fungsi dopamin untuk mengatur emosi, pergerakan motor, pembelajaran, berpikir, memori, dan perhatian. Jumlah dopamin rendah akan mempengaruhi fungsi tersebut yang dapat menyebabkan depresi. <sup>(3)</sup>

Dari gejala dari depresi akan mengakibatkan gangguan pada afektif, fisiologis, kognitif dan perilaku. Karena tertekan akan tidak adanya dukungan keluarga, teman dan atau karena masalah yang dihadapi, lansia akan mengalami kehilangan semangat dan murung yang paling parah pada lansia akan menyendiri dan terjadinya harga diri rendah pada dirinya, jika berkelanjutan akan menyebabkan lansia merasa asing di kehidupan luar sehingga dia menarik diri dari lingkungan dia tinggal. Di saat lansia sudah tidak memikirkan dirinya sendiri akan menyebabkan lansia tidak peduli lagi dengan perawatan pada dirinya sendiri, terutama pada mandi dan makan. Penurunan nafsu memang sering terjadi pada lansia. Sehingga akan mengakibatkan lansia tidak memiliki energi untuk melakukan aktivitas. Energi yang tidak tersimpan dalam tubuh secara cukup akan mengakibatkan nutrisi ke otak mengalami gangguan. Sirkulasi udara dalam otak akan

terganggu dan seseorang akan merasa pusing, jika berkelanjutan pusing itu terus dialami sampai kronis. Tidak Adanya nutrisi juga bisa mengakibatkan seseorang mengalami anemia.

Dari segi kognitif seseorang yang mengalami depresi akan mengalami permasalahan pada konsentrasi yang tidak fokus karena kebingungan terhadap masalah yang tidak terselesaikan. Sehingga lansia tidak mendapatkan jalan dari permasalahannya sendiri yang dapat mengakibatkan lansia kurang percaya diri pada dirinya. Karena merasa bersalah terhadap sesuatu sehingga menyebabkan percobaan bunuh diri hal ini yang menyebabkan koping yang tidak efektif. <sup>(1)</sup>

#### DIAGNOSIS DEPRESI SECARA UMUM

Gejala depresi secara umum menurut PPDGJ dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan derajat tingkatan episode depresi dengan beracuan pada kriteria diagnosis gejala utama dan gejala lainnya. Meskipun terkadang gejala depresi sulit atau tidak pasti muncul diketahui, beberapa kriteria dapat membantu untuk menegakkan diagnosis bahwa pasien mengalami episode depresi. Berikut merupakan kriteria gejala utama dan gejala lainnya pada depresi :

- Gejala Utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat);
- Afek depresif;
- Kehilangan minat dan kegembiraan, dan

Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah bekerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas gejala lainnya :

- Konsentrasi dan perhatian berkurang
- Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna

- Pandangan masa depan yang suram dan pesimis
- Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
- Tidur terganggu
- Nafsu makan berkurang

Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan yang ada, diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan apabila jika gejala terlihat luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.

Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu namun, apabila gejala yang ditunjukkan sangat berat dan beronset cepat, maka masih dimasukkan dan dibenarkan untuk ditegakkannya diagnosis tingkat berat.

Menurut PPDGJ-III (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia), DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*), dan ICD-10 (*International Classification of Diseases*) individu depresi sering mengalami suasana perasaan (*mood*) depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi, mudah lelah, dan berkurangnya aktivitas.

Depresi pada usia lanjut lebih sulit dideteksi karena penyakit fisik yang diderita sering mengacaukan gambaran depresi yakni antara lain mudah lelah dan penurunan berat badan usia lanjut sering menutupi rasa sedihnya dengan justru lebih aktif. Kecemasan, histeria, dan hipokondria yang merupakan gejala depresi justru sering menutupi depresinya dan masalah sosial sering membuat depresi menjadi lebih rumit.

Diperkirakan hampir 40% depresi pada usia lanjut tidak dapat terdiagnosis karena dokter, pasien, keluarga menganggap gejala depresi adalah normal pada usia lanjut. Gambaran depresi pada usia lanjut berbeda dari pasien muda (dalam kriteria ICD 10 maupun DSM IV).

## **PENDEKATAN DIAGNOSIS DEPRESI PADA LANSIA**

Anamnesis psikiatri dan pemeriksaan status mental pada lansia mengikuti format yang sama dengan dewasa muda; namun, karena tingginya prevalensi gangguan kognitif pada lansia, psikiater harus menentukan apakah pasien memahami sifat dan tujuan pemeriksaan. Bila pasien mengalami gangguan kognitif, riwayat independen harus diperoleh dari anggota keluarga atau wali. Pasien tetap harus diperiksa sendiri-bahkan dalam kasus-kasus dengan bukti gangguan yang jelas-untuk menjaga privasi hubungan dokter-pasien dan untuk memperoleh pemikiran untuk bunuh diri atau ide paranoid, yang mungkin tidak disuarakan di hadapan keluarga atau perawat.

### **ANAMNESIS**

Riwayat lengkap meliputi identifikasi awal (nama, usia, jenis kelamin, status pernikahan), keluhan utama, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat pribadi, dan riwayat keluarga. Tinjauan terhadap obat-obatan (termasuk obat tanpa resep), baik yang sedang dikonsumsi maupun yang baru saja dikonsumsi, juga penting.

Pasien yang berusia di atas 65 tahun sering kali memiliki keluhan subyektif tentang gangguan memori ringan, seperti lupa nama orang atau salah meletakkan benda. Masalah kognitif ringan juga dapat terjadi karena kecemasan dalam situasi wawancara. Gangguan memori terkait usia ini tidak penting; istilah pikun telah digunakan untuk menggambarkannya.

### *Mental Status Examination (MSE)*

*The mental status examination* atau pemeriksaan status mental memberikan gambaran tentang bagaimana pasien berpikir, merasa, dan berperilaku selama pemeriksaan. Pada lanjut usia mungkin tidak dapat mengandalkan pemeriksaan tung-

gal untuk menjawab semua pertanyaan diagnostik. Pemeriksaan status mental yang berulang mungkin diperlukan karena perubahan yang berubah-ubah dalam keluarga pasien.

#### KONDISI UMUM

Gambaran umum pasien meliputi penampilan, aktivitas psikomotorik, perilaku terhadap pemeriksa, dan aktivitas bicara. Gangguan motorik (misalnya, cara berjalan terseok-seok, postur membungkuk, gerakan "melinting pil" pada jari-jari tangan, tremor, dan asimetri tubuh) perlu diperhatikan. Pergerakan mulut atau lidah yang tidak disengaja mungkin merupakan efek samping dari obat fenotiazin. Banyak pasien depresi tampak lambat dalam berbicara dan bergerak. *Mask-like facies* seperti topeng terjadi pada penyakit Parkinson.

Cara bicara pasien mungkin tertekan dalam keadaan gelisah, manik, dan cemas. Air mata dan tangisan yang terang-terangan terjadi pada gangguan depresi dan kognitif, terutama jika pasien merasa frustrasi karena tidak dapat menjawab salah satu pertanyaan pemeriksa. Keberadaan alat bantu dengar atau indikasi lain bahwa pasien memiliki masalah pendengaran (misalnya, meminta pengulangan pertanyaan) sebaiknya diperhatikan.

Perilaku pasien terhadap pemeriksa apakah kooperatif, curiga, waspada, dan penuh perhatian dapat memberikan petunjuk tentang kemungkinan reaksi transferensi. Karena transferensi, orang dewasa yang lebih tua dapat bereaksi terhadap dokter yang lebih muda seolah-olah dokter tersebut adalah figur orang tua, terlepas dari perbedaan usia.

#### PENILAIAN FUNGSIONAL

Pasien yang berusia lebih dari 65 tahun perlu dievaluasi untuk mengetahui kemampuannya dalam kemandirian dan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, yang termasuk buang air kecil, menyiapkan

makanan, berpakaian, berdandan, dan makan. Tingkat kompetensi fungsional dalam perilaku sehari-hari mereka merupakan pertimbangan penting dalam menentukan rencana perawatan untuk pasien.

#### *Mood, Feelings, and Affect*

Gangguan pada kondisi *mood*, terutama depresi dan kecemasan, dapat mengganggu fungsi memori. Perasaan gembira atau euforia dapat mengindikasikan episode manik atau menandakan gangguan demensia. Disfungsi lobus frontal sering kali menghasilkan *witzelsucht*, yaitu kecenderungan untuk membuat permainan kata-kata dan lelucon, lalu menertawakannya dengan keras.

Afek pasien mungkin datar, tumpul, menyempit, dangkal, atau tidak tepat, yang semuanya dapat mengindikasikan gangguan depresi, skizofrenia, atau disfungsi otak. Pengaruh tersebut merupakan temuan abnormal yang signifikan, meskipun tidak patognomonik untuk gangguan tertentu. Disfungsi lobus dominan menyebabkan disprosy, ketidakmampuan untuk mengekspresikan perasaan emosional melalui intonasi bicara.

#### **PRECEPTUAL DISTURBANCE**

Halusinasi dan ilusi oleh lansia dapat merupakan fenomena sementara yang diakibatkan oleh penurunan ketajaman indera. Pemeriksa harus memperhatikan apakah pasien kebingungan mengenai waktu atau tempat selama episode halusinasi; kebingungan menunjukkan kondisi organik. Penting sekali untuk menanyakan kepada pasien tentang persepsi tubuh yang menyimpang.

Penyakit otak menyebabkan gangguan persepsi; agnosia, ketidakmampuan untuk mengenali dan menginterpretasikan arti penting dari kesan sensorik, berhubungan dengan penyakit otak organik. Pemeriksa harus memperhatikan jenis agnosia. Jenis-jenis agnosia meliputi pen-

yangkalan terhadap penyakit (anosognosia), penyangkalan terhadap bagian tubuh (atopognosia), dan ketidakmampuan untuk mengenali objek (agnosia visual) atau wajah (prosopagnosia).

#### BAHASA

Kategori kemampuan bahasa pada pemeriksaan status mental geriatri mencakup afasia, yaitu gangguan kemampuan bahasa yang berhubungan dengan lesi organik pada otak.

#### *Visuospatial Functioning*

Beberapa penurunan kemampuan visuospasial diperkirakan terjadi seiring dengan penuaan. Meminta pasien untuk menyalin angka atau gambar dapat membantu menilai fungsi tersebut. Pemeriksaan neuropsikologis harus dilakukan bila fungsi visuospasial terganggu.

#### THOUGHT

Gangguan dalam berpikir meliputi neologisme, susunan kata, ketidaklangsungan, tangensialitas, pelonggaran asosiasi, pelarian ide, asosiasi dentang, dan pemblokiran. Hilangnya kemampuan untuk mengapresiasi nuansa bermakna (berpikir abstrak) dapat menjadi tanda awal demensia. Berpikir kemudian digambarkan sebagai konkret atau harfiah.

Pemikiran harus diperiksa untuk mengetahui adanya fobia, obsesi, keasyikan somatik, dan dorongan. Ide-ide tentang bunuh diri atau pembunuhan harus didiskusikan. Pemeriksa harus menentukan apakah ada waham dan bagaimana waham tersebut mempengaruhi kehidupan pasien. Delusi mungkin ada pada pasien panti jompo dan mungkin menjadi alasan untuk masuk. Ide-ide yang menjadi acuan atau pengaruh harus dijelaskan. Pasien yang sulit mendengar dapat diklasifikasikan secara keliru sebagai paranoid atau curiga.

#### SENSORIUM & COGNITION

Sensorium berkaitan dengan fungsi indera khusus; kognisi berkaitan dengan pemrosesan informasi dan kecerdasan. Pemeriksaan kedua area tersebut, yang dikenal sebagai pemeriksaan neuropsikiatri, terdiri dari penilaian dokter dan serangkaian tes psikologis yang komprehensif.

#### NEUROPSYCHOLOGICAL EVALUATION

Pemeriksaan neuropsikologi menyeluruh mencakup serangkaian tes komprehensif yang dapat direplikasi oleh berbagai pemeriksa dan dapat diulang dari waktu ke waktu untuk menilai perjalanan penyakit tertentu. Tes yang paling banyak digunakan untuk menilai fungsi kognitif saat ini adalah *Mini-Mental State Examination* (MMSE), yang menilai orientasi, perhatian, kalkulasi, ingatan jangka pendek dan jangka panjang, bahasa, dan kemampuan untuk mengikuti perintah sederhana. MMSE digunakan untuk mendeteksi gangguan, mengikuti perjalanan penyakit, dan memantau respons pengobatan pasien. MMSE tidak digunakan untuk membuat diagnosis formal. Skor MMSE maksimal adalah 30. Usia dan tingkat pendidikan mempengaruhi kinerja kognitif.

#### RIWAYAT MEDIS

Peninjauan yang menyeluruh terhadap penggunaan obat-obatan (termasuk obat yang dijual bebas, obat pencahar, vitamin, tonik, dan losion) dan bahkan obat-obatan yang baru saja dihentikan sangat penting. Peninjauan obat harus mencakup detail yang cukup untuk mengidentifikasi penyalahgunaan (overdosis, kurang dosis) dan mengaitkan penggunaan obat dengan diet khusus. Riwayat diet juga penting; kekurangan dan kelebihan (misalnya, protein, vitamin) dapat mempengaruhi fungsi fisiologis dan status mental.

Faktor Farmakologis yang terkait dengan Onset Depresi contohnya kontrasepsi steroid, metildopa, amfetamin atau kokain withdrawal, alkohol atau sedatif-

hipnotik withdrawal, cimetidin, indometasin, interferon.

Penyakit Fisik yang Terkait dengan Onset Depresi yaitu hipotiroid, hipertiroid, cushing sindrom, diabetes melitus, toxoplasmosis, AIDS, multiple sklerosis, parkinson disease, sleep apnea

### DIAGNOSIS DEPRESI PADA LANSIA

Gejala depresi terjadi pada sekitar 15% dari semua penghuni komunitas lansia dan pasien panti jompo. Usia itu sendiri bukan merupakan faktor risiko untuk pengembangan depresi, tetapi menjadi janda dan memiliki penyakit medis kronis dikaitkan dengan kerentanan terhadap gangguan depresi. Tingkat kekambuhan yang tinggi menjadi ciri depresi yang terjadi belakangan. Tanda dan gejala umum dari gangguan depresi termasuk berkurangnya energi dan konsentrasi, masalah tidur (terutama terbangun di pagi hari dan beberapa kali terbangun), berkurangnya nafsu makan, penurunan berat badan, dan keluhan somatik. Gejala yang muncul mungkin berbeda pada pasien depresi yang lebih tua dari yang terlihat pada orang dewasa yang lebih muda karena penekanan yang lebih besar pada keluhan somatik pada orang yang lebih tua. Orang yang lebih tua sangat rentan terhadap episode depresi mayor dengan ciri-ciri melankolis, yang ditandai dengan depresi, hipokondriasis, harga diri yang rendah, perasaan tidak berharga, dan kecenderungan menuduh diri sendiri (terutama mengenai seks dan keberdosaan) dengan paranoid dan keinginan untuk bunuh diri.

Gangguan kognitif pada pasien geriatri yang depresi disebut sebagai disfungsi kognitif yang berhubungan dengan depresi (kadang-kadang secara keliru disebut pseudodemensia), yang dapat dengan mudah dikacaukan dengan demensia yang tidak dapat dipulihkan. Pada demensia umum seperti yang disebabkan oleh penyakit Alzheimer, kinerja intelektual biasanya bersifat

global, dan gangguannya secara konsisten buruk; pada disfungsi kognitif yang berhubungan dengan depresi, defisit dalam perhatian dan konsentrasi bervariasi. Dibandingkan dengan pasien yang mengalami demensia neurodegeneratif, pasien dengan disfungsi kognitif terkait depresi lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami gangguan bahasa dan mengoceh; ketika merasa tidak yakin, mereka lebih cenderung mengatakan "Saya tidak tahu"; dan kesulitan ingatannya lebih terbatas pada ingatan bebas daripada pengenalan pada tes ingatan dengan isyarat. Disfungsi kognitif yang berhubungan dengan depresi terjadi pada sekitar 15% pasien usia lanjut yang mengalami depresi, dan 25-50% pasien dengan demensia neurodegeneratif mengalami depresi.

Gejala depresi pada lansia dalam populasi bervariasi sekitar 19-94%, tergantung kemampuan diagnosis dokter. Klasifikasi dan diagnosis gangguan depresi pada lansia berdasarkan diagnosis depresi pada populasi umum dan lebih difokuskan pada kriteria yang sesuai dengan populasi lansia (Tabel 1).

**Tabel 1.** Klasifikasi dan diagnosis gangguan depresi pada lansia

---

#### Gangguan depresi mayor

- Harus terdapat lima dari gejala berikut, yaitu *mood* depresi, kehilangan kesenangan dalam semua atau sebagian besar kegiatan, berat badan berkurang atau bertambah (lebih dari 5%), insomnia atau hipersomnia, retardasi atau agitasi psikomotor, lelah, perasaan tidak berharga atau bersalah yang tidak jelas, penurunan kemampuan berkonsentrasi, pemikiran kematian atau bunuh diri yang berulang
- Harus terdapat satu dari gejala utama, yaitu *mood* depresi atau kehilangan minat atau kehilangan kesenangan
- Gejala tersebut setidaknya terjadi selama dua minggu, yang menyebabkan gangguan fungsi, dan tidak merupakan pengaruh penggunaan zat, kondisi medis, atau kehilangan (kematian)

#### Gangguan depresi minor

- Harus terdapat dua gejala namun kurang
-

dari lima gejala gangguan depresi mayor

- Gejala tersebut setidaknya terjadi selama dua minggu yang menyebabkan gangguan fungsi dan tidak merupakan pengaruh dan penggunaan zat, kondisi medis, atau kehilangan (kematian)
- Diagnosis ini hanya untuk penderita tanpa riwayat gangguan depresi mayor, distimik, bipolar, atau psikotik

**Gangguan distimik**

- Mood sedih yang menetap yang terdapat dua atau lebih gejala seperti peningkatan atau penurunan nafsu makan, peningkatan atau penurunan tidur, lelah atau kehilangan energy, penurunan kepercayaan diri, penurunan konsentrasi atau kesulitan memutuskan sesuatu, dan perasaan tidak ada harapan
- Mood sedih dan dua gejala tersebut tidak hilang selama dua bulan atau lebih dalam dua tahun
- Tidak ada episode depresi mayor selama dua tahun pertama

**Gangguan bipolar 1 (paling banyak episode depresi)**

- Terdapat kriteria gangguan depresi mayor dan terdapat riwayat setidaknya satu kali episode manis

**Gangguan penyesuaian dengan mood depresi**

- Terdapat mood depresi, rasa takut, atau tidak ada harapan dalam tiga bulan setelah ada sesaat
- Gejala tersebut menimbulkan gangguan atau disabilitas berat dan akan menghilang dalam enam bulan setelah hilangnya stressor
- Kehilangan (kematian) tidak dimasukkan sebagai stressor dalam gangguan penyesuaian

Gangguan depresi sering terdapat pada lansia dengan penyakit medis atau neurologis. Komorbiditas ini perlu mendapat perhatian karena depresi akan memperburuk morbiditas dan meningkatkan mortalitas. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa lansia dengan penyakit medis dua kali lebih berisiko depresi dibandingkan yang tanpa penyakit medis. Diagnosis depresi dengan komorbid penyakit medis atau neurologis ditegakkan apabila penyakit tersebut telah terjadi sebelum munculnya gejala depresi. Pada tabel 2, tercantum beberapa kondisi medis yang

berkaitan dengan mood depresi.

**Tabel 2.** Kondisi medis yang dapat menyebabkan depresi

- Infeksi virus
- Endokrinopati – hipotiroid, hipertiroid, hipoparatiroid, hipoadrenokortikoid, hiperadrenokortikoid
- Penyakit maligna – leukemia, limfoma, kanker pancreas
- Penyakit serebrovaskular – infark lakunar, stroke, demensia vaskular
- Infark miokard
- Penyakit metabolic – defisiensi B12, malnutrisi

Gejala depresi sering bersamaan dengan penurunan kognitif dan demensia, selain itu depresi mayor dan gangguan kognitif pada lansia dapat berkembang menjadi demensia dalam beberapa tahun setelah onset depresi. Hal tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit Alzheimer. Prevalensi depresi mayor pada penderita penyakit Alzheimer sekitar 17%

Pada umumnya lansia mengalami depresi ditandai oleh mood depresi menetap yang tidak naik, gangguan nyata fungsi atau aktivitas sehari-hari, dan dapat berpikiran atau melakukan percobaan bunuh diri. Pada lansia gejala depresi lebih banyak terjadi pada orang dengan penyakit kronik, gangguan kognitif, dan disabilitas. Kesulitan konsentrasi dan fungsi eksekutif lansia depresi akan membaik setelah depresi teratasi. Gangguan depresi lansia dapat menyerupai gangguan kognitif seperti demensia, sehingga dua hal tersebut perlu dibedakan (Tabel 3).

**Tabel 3.** Perbedaan Gangguan Depresi lansia dan Demensia

Depresi	Demensia
• Onset tiba-tiba	• Onset bertahap
• Kejadian berulang	• Kejadian progresif
• Penurunan memori minimal	• Penurunan memori jelas
• Mood sedih dan depresi	• Mood labil, kadang depresi
• Kecerdasan tidak terganggu	• Kecerdasan tidak terganggu

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemahaman baik</li> <li>• Abstraksi baik</li> <li>• Jarang bingung</li> <li>• Delusi konsisten dengan afek</li> <li>• Halusinasi jarang, dapat auditorik</li> <li>• Bicara lambat</li> <li>• Kemunduran psikomotor</li> <li>• Kemunduran personalitas sementara</li> <li>• Daya nilai sosial sedang-baik</li> <li>• Tilikan (<i>insight</i>) sedang-baik</li> <li>• Prognosis baik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemahaman buruk</li> <li>• Abstraksi buruk</li> <li>• Sering bingung, terutama malam hari</li> <li>• Delusi paranoid (tersering) menetap</li> <li>• Halusinasi sewaktu-waktu, (auditorik)</li> <li>• Bicara kacau, inkoheren, terlambat</li> <li>• Psikomotor tremor dan rigiditas</li> <li>• Kemunduran personalitas menetap</li> <li>• Daya nilai sosial buruk</li> <li>• Tilikan (<i>insight</i>) buruk</li> <li>• Prognosis sangat buruk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pikiran kacau, melambat dalam berpikir, berkonsentrasi, atau sulit mengingat informasi</li> <li>• Sulit dan sering menghindari mengambil keputusan</li> <li>• Pemikiran obsesif akan terjadi bencana atau malapetaka</li> <li>• Preokupasi atas kegagalan atau kekurangan diri menyebabkan kehilangan kepercayaan diri</li> <li>• Menjadi tidak adil dalam mengambil keputusan</li> <li>• Hilang kontak dengan realitas, dapat menjadi halusinasi (auditorik) atau delusi</li> <li>• Pikiran menetap tentang kematian, bunuh diri, atau mencoba melukai diri sendiri</li> </ul>
--	--	--

Para lansia depresi sering menunjukkan keluhan nyeri fisik tersamar yang bervariasi, kecemasan, dan perlambatan berpikir. Perubahan pada lansia depresi dapat dikategorikan menjadi perubahan fisik, perubahan dalam pemikiran, perubahan dalam perasaan, dan perubahan perilaku (Tabel 4).

**Tabel 4.** Perubahan pada lansia depresi

#### Perubahan fisik

- Perubahan nafsu makan sehingga berat badan turun (lebih dari 5% dari berat badan bulan terakhir)
- Gangguan tidur berupa gangguan untuk memulai tidur, tetap tertidur, atau tidur terlalu lama
- Jika tidur, merasa tidak segar dan lebih buruk di pagi hari
- Penurunan energy dengan perasaan lemah dan kelelahan fisik
- Beberapa orang mengalami agitas dengan kegelisahan dan bergerak terus
- Nyeri, nyeri kepala dan nyeri otot dengan penyebab fisik yang tidak diketahui
- Gangguan perut, konstipasi

#### Perubahan pemikiran

#### Perubahan perasaan

- Kehilangan minat dalam kegiatan yang dulu merupakan sumber kesenangan
- Penurunan minat dan kesenangan seks
- Perasaan tidak berguna, putus asa, dan perasaan bersalah yang besar
- Tidak ada perasaan
- Perasaan akan terjadi malapetaka
- Kehilangan kepercayaan diri
- Perasaan sedih dan murung yang lebih buruk di pagi hari
- Menangis tiba-tiba, tanpa alasan jelas
- Iritabel, tidak sabar, marah, dan perasaan agresif

#### Perubahan perilaku

- Menarik diri dari lingkungan sosial, kerja, atau kegiatan santai
- Menghindari mengambil keputusan
- Mengabaikan kewajiban seperti pekerjaan rumah, berkebun, atau membayar tagihan
- Penurunan aktivitas fisik dan olahraga
- Pengurangan perawatan diri seperti perawatan diri dan makan
- Peningkatan penggunaan alcohol atau obat-obatan

Diagnosis awal dan terapi segera terhadap depresi pada pasien geriatri dapat memperbaiki kualitas hidup, status fungsional, dan mencegah kematian dini. Ada beberapa cara penegakan diagnosis depresi antara lain:

Penggunaan DSM IV dan PPDGJ III dapat tidak spesifik karena depresi pada usia lanjut dapat muncul dalam bentuk keluhan fisik seperti insomnia, kelemahan umum, kehilangan nafsu makan, masalah pencernaan, dan sakit kepala, sehingga

digunakan instrumen skala Depresi Khusus Usia Lanjut (*Geriatric Depression Scale*) untuk menunjang diagnosis depresi pada lansia.

#### A. *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Geriatric depression scale atau GDS merupakan salah satu instrumen pemeriksaan penunjang yang paling sering digunakan untuk mendiagnosis depresi pada usia lanjut. GDS dikembangkan dan divalidasi oleh dua studi. Dalam salah satu studi, dipilih 100 soal dengan tipe jawaban ya/tidak yang berguna untuk membedakan depresi pada usia lanjut dengan normal usia lanjut, kemudian dipilih 30 pertanyaan yang mempunyai korelasi tertinggi dengan total skor dengan 100 pertanyaan apabila diterapkan pada 100 volunteer usia lanjut di populasi. Dalam studi satunya, skala 30 pertanyaan divalidasi dengan skala depresi lain, seperti skala depresi Zung (SDS), dan skala depresi Hamilton (HAMD). Dari studi lain, didapatkan korelasi antara kriteria klasifikasi (tidak depresi, depresi ringan, dan depresi berat) dengan masing-masing skala GDS, SDS, dan HAMD didapatkan  $r=0,82$ ,  $r=0,69$ ,  $r=0,83$  dan semuanya secara statistik bermakna. Pada GDS-30 pertanyaan, didapatkan sensitivitas 84% untuk skor di atas 11 dan spesifisitas 95% dengan DSM III sebagai baku emas

Karena pertanyaan yang panjang dan banyak pada GDS-30 pertanyaan, dikembangkan versi yang lebih pendek, bervariasi antara 15 pertanyaan dan 1 pertanyaan. Di antara versi-versi tersebut, GDS 15 pertanyaan paling sering digunakan untuk mendeteksi depresi pada lanjut usia dan dapat berfungsi sebaik GDS 30 pertanyaan, meskipun fakta menunjukkan bahwa GDS-15 sedikit berbeda dari GDS-30 dalam kemampuannya mendeteksi depresi dan kapabilitasnya berbeda tergantung jenis kelamin, pengaturan, dan acuan baku yang digunakan (ICD atau DSM)

GDS-15 mempunyai sensitivitas

80,5% dan spesifisitas 75% pada titik potong skor 5/6, dengan Structure Clinical Interview for DSM IV (SCID) sebagai perbandingan. GDS-15 dan GDS-30 berkorelasi tinggi ( $r=0,89$ ) dan mempunyai tingkat sensitivitas mirip, tetapi spesifisitas GDS-15 sedikit menurun dibandingkan GDS-30. Sebuah studi di Yunani mendapatkan sensitivitas 92,23% dan spesifisitas 95,24% dengan konsistensi internal tinggi, yaitu Cronbach's Alpha=0,94 pada GDS-15 dengan titik potong 6/7.

Pada studi meta-analisis atas 15 studi yang menggunakan GDS-15, didapatkan sensitivitas 84,3% (95% CI 79,7-88,4%) dengan spesifisitas 73,8% (95% CI 68,0-79,2%). Jika responden menderita gangguan kognitif yang signifikan, sensitivitas turun menjadi 70,2% (95% CI 47,7-88,5%) dengan spesifisitas naik menjadi 74,5% (95% CI 61,2- 85,7%). Jika digunakan di perawatan rumah jangka panjang (*Long Term Care [LTC] Home*), sensitivitas dan spesifisitas menjadi 86,6% dan 72,3% dan jika digunakan pada pasien rawat jalan didapatkan sensitivitas dan spesifisitas menjadi 82,2% dan 74,5%

Penelitian lain membandingkan GDS-15 untuk mendeteksi depresi mayor di perawatan rumah jangka panjang dengan rawat jalan geriatri di Thailand. Didapatkan untuk GDS-15 hasilnya lebih baik pada rawat jalan geriatri dengan sensitivitas 92% dan spesifisitas 87% (titik potong  $\geq 5$ ), sedangkan pada kelompok perawatan rumah jangka panjang dengan kognitif masih intak, sensitivitasnya mencapai 100% dan spesifisitas 49% (titik potong  $\geq 8$ ). Nilai prediksi negatif baik pada kedua grup, tetapi nilai prediksi positif pada grup rawat jalan lebih baik daripada pada grup perawatan rumah jangka panjang (83,3% vs 31,2%)

Debruyne H. dkk meneliti reliabilitas GDS-30 untuk mendeteksi gejala depresi pada demensia dan gangguan kognitif ringan dengan menggunakan *Cornell Scale For Depression in Dementia* (CSDD) sebagai

baku emas: pada gangguan kognitif ringan, didapatkan korelasi sedang tetapi signifikan antara GDS-30 dengan CSSD (Pearson:  $r=0,565$ ,  $p<0,001$ ). Pada demensia Alzheimer ringan ( $r=0,294$ ;  $p=0,001$ ), sedang ( $r=0,273$ ,  $p=0,010$ ), dan berat ( $r=0,348$ ;  $p=0,032$ ), didapatkan korelasi lemah antara GDS-30 dengan CSSD. Analisis kurva ROC mendapatkan nilai sensitivitas dan spesifisitas 95% dan 67% jika diambil 8 sebagai titik potong GDS-30 pada gangguan kognitif ringan. Pada penderita demensia Alzheimer didapatkan sensitivitas rendah dan spesifisitas tidak dapat diambil titik potong optimalnya pada analisis kurva ROC. Pada penelitian ini disimpulkan dengan CSSD sebagai baku emas, GDS-30 dapat digunakan untuk mendeteksi gejala depresi pada gangguan kognitif ringan tetapi tidak pada penderita dengan demensia Alzheimer.

Untuk mendeteksi gejala depresi pada penderita demensia, disarankan menggunakan instrumen lain yang lebih spesifik seperti Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDDD).

### B. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

*The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* diciptakan untuk membantu mengidentifikasi gangguan kecemasan dan depresi pada orang yang menderita penyakit fisik. Untuk menghindari terjadinya tumpang tindih dengan kelainan fisik, HADS tidak mencakup gejala somatik, seperti insomnia, kehilangan nafsu makan, atau kelelahan. Sub-skala depresi dari HADS (HADS-D) adalah alat skrining yang paling sering digunakan sebagai alat skrining depresi pada pasien yang sakit secara klinis dan merupakan salah satu dari beberapa acuan yang telah divalidasi yang direkomendasikan untuk menilai tingkat keparahan gejala depresi oleh *United Kingdom National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. Dalam studi validasi HADS-D pada awalnya

terlibat 100 peserta dan 12 dengan depresi berat, yang telah dikutip lebih dari 37.000 kali sejak dipublikasikan pada tahun 1983 (Google Scholar), para pengembang menyarankan agar *cut-off value* sebesar delapan atau lebih tinggi dapat digunakan untuk mengidentifikasi potensi adanya depresi, dan *cut-off value* sebesar 11 atau lebih tinggi untuk kemungkinan depresi. Nilai *cut-off* ini telah digunakan sebagai standar dalam penelitian dan praktik.

Pemeriksaan penunjang berupa HADS bertujuan untuk mengukur gejala kecemasan dan depresi dan terdiri dari 14 poin pertanyaan yang terdiri dari tujuh poin pertanyaan untuk subskala kecemasan (*HADS Anxiety*) dan tujuh poin pertanyaan untuk subskala depresi (*HADS Depression*). HADS Anxiety terutama berfokus pada gejala gangguan kecemasan umum dan HADS Depression berfokus pada anhedonia atau kehilangan minat dan kepercayaan diri sebagai gejala utama dari depresi. Setiap poin dinilai pada skala respons dengan empat alternatif mulai dari 0 hingga 3. Setelah disesuaikan dengan enam poin yang diberi skor terbalik, semua respons dijumlahkan untuk mendapatkan dua subskala. Nilai batas yang direkomendasikan menurut Zigmond & Snaith adalah 8-10 untuk kasus-kasus yang masih meragukan dan  $\geq 11$  untuk kasus-kasus yang sudah dipastikan depresi. Keseimbangan optimal antara sensitivitas dan spesifisitas ditemukan dengan menggunakan skor *cut-off* 8 atau lebih untuk HADS-A dan HADS-D.

### C. The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)

*Acceptance and Action Questionnaire* adalah instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur penghindaran pengalaman dan ketidakfleksibelan psikologis. Kumpulan poin orisinal untuk skala gaya Likert yang pendek ini (9 hingga 16 poin, tergantung versinya) dibuat oleh para terapis dan peneliti ACT untuk merep-

resentasikan jenis fenomena yang membentuk susunan unidimensi ini. Dengan demikian, skala akhir berisi poin-poin mengenai evaluasi negatif terhadap perasaan (misalnya, "Kecemasan itu buruk"), penghindaran terhadap pikiran dan perasaan (misalnya, "Saya mencoba menekan pikiran dan perasaan yang tidak saya sukai dengan tidak memikirkannya"), membedakan pikiran dari referensinya (misalnya, "Ketika saya mengevaluasi sesuatu secara negatif, saya biasanya menyadari bahwa ini hanyalah reaksi, bukan fakta objektif"), dan penyesuaian perilaku dengan adanya pikiran atau perasaan yang sulit (misalnya, "Saya dapat mengambil tindakan terhadap suatu masalah meskipun saya tidak yakin apa yang harus saya lakukan.").

AAQ telah terbukti bermanfaat secara luas. Sebuah meta-analisis dari 27 studi yang menggunakan instrumen ini menemukan bahwa AAQ dapat memprediksi berbagai macam hasil kualitas hidup (misalnya, depresi, kecemasan, kesehatan mental secara umum, kepuasan kerja, ketidakhadiran di tempat kerja di masa depan, dan performa kerja di masa depan), dengan ukuran efek rata-rata sebesar  $r = 0,42$ .<sup>(6,7)</sup> AAQ menunjukkan efek-efek ini bahkan setelah mengendalikan satu atau lebih karakteristik individu, seperti kecerdasan emosional, afektifitas negatif, penekanan pikiran, keinginan sosial, dan fokus kendali.

Hal yang penting, AAQ tidak hanya berkorelasi dengan kualitas hidup. Penelitian telah menunjukkan bahwa AAQ memediasi dampak dari proses coping lainnya seperti penilaian ulang kognitif,<sup>(8)</sup> memoderasi dampak pengobatan,<sup>(9)</sup> dan dalam beberapa penelitian memediasi dampak dari ACT.<sup>(10,11)</sup>

AAQ-II berisii tujuh item di mana responden menilai sejauh mana setiap pernyataan benar bagi mereka menggunakan skala tujuh poin, berkisar dari 1 (tidak

pernah benar) hingga 7 (selalu benar). AAQ-II dapat digunakan secara mingguan untuk melacak bagaimana individu menerapkan keterampilan fleksibilitas dalam kehidupan sehari-hari mereka dan sering digunakan untuk mengukur kemajuan dalam *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. Skor total yang lebih tinggi pada AAQ-II menunjukkan tingkat ketidakmampuan psikologis yang lebih tinggi, eksperiensial *avoidance*, dan potensi distress psikologis yang lebih besar. Skor total yang lebih rendah berarti lebih banyak fleksibilitas psikologis. Ketidakmampuan psikologis dikatakan menjadi penentu distress psikologis dan ketidakefektifan perilaku. Oleh karena itu, tingkat ketidakmampuan psikologis yang lebih tinggi dikaitkan dengan peningkatan distress emosional (seperti tingkat depresi dan kecemasan yang lebih tinggi) dan fungsi hidup yang lebih buruk (misalnya, lebih sering absen dari pekerjaan).<sup>(12)</sup>

## TATALAKSANA DEPRESI PADA LANSIA

Tatalaksana depresi pada lansia dipengaruhi tingkat keparahan dan kepribadian masing-masing. Pada depresi ringan dan sedang, psikoterapi merupakan tata laksana yang sering dilakukan dan berhasil. Akan tetapi, pada kasus tertentu atau pada depresi berat, psikoterapi saja tidak cukup, diperlukan farmakoterapi

Banyak orang yang membutuhkan dukungan dari orang-orang terdekat terutama keluarga dan teman untuk mengatasi depresi. Selain itu, keikutsertaan profesional dalam kegiatan mengatasi masalah terisolasi ketika memasuki kelompok, atau berkonsultasi dengan tenaga usia lanjut merupakan salah satu bagian penting dalam penyembuhan dan dapat mencegah episode kekambuhan penyakit. Banyak penelitian menunjukkan bahwa aktif dalam kegiatan kelompok di lingkungan merupakan bagian penting dalam kesehatan dan dapat

meningkatkan kualitas hidup.

Pada umumnya, tatalaksana terapi hanya menggunakan obat antidepresan, tanpa perlunya untuk merujuk pasien untuk psikoterapi, tetapi pemberian obat hanya mengurangi gejala, dan tidak menyembuhkan. Antidepresan bekerja dengan cara menormalkan neurotransmitter di otak yang memengaruhi *mood*, seperti serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Antidepresan harus digunakan pada lansia dengan depresi mayor dan *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRIs) merupakan obat pilihan lini pertama. Pemilihan obat tersebut disesuaikan dengan individu masing-masing dengan pertimbangan efek samping dari tiap golongan.

Pengobatan monoterapi dengan dosis yang minimal diberikan pada awal terapi, lalu setelahnya perlu untuk dievaluasi guna melihat apabila jika tidak ada perubahan bermakna dalam 6-12 minggu. Lansia yang tidak berespons pada pengobatan awal perlu mendapatkan obat antidepresan golongan lain dan dapat dipertimbangkan penggunaan dua golongan antidepresan. Lalu pada lansia yang responsif dengan obat antidepresan monoterapi, pemberian obat harus diberikan dengan dosis penuh (*full dose maintenance therapy*) selama 6-9 bulan sejak pertama kali hilangnya gejala depresi. Apabila mengalami kekambuhan, pemberian pengobatan dilanjutkan sampai satu tahun. Strategi pengobatan tersebut telah berhasil menurunkan risiko kekambuhan hingga 80%. Penghentian pemberian antidepresan harus dilakukan secara bertahap dengan tujuan mencegah menimbulkan gejala *withdrawal* seperti ansietas, nyeri kepala, mialgia, dan gejala mirip flu (*flu-like symptoms*). Namun, untuk lansia yang sering mengalami kekambuhan memerlukan terapi perawatan dosis penuh terapi selama hidupnya.

Selain tatalaksana farmakoterapi dengan pemberian obat antidepresan, tatalaksana non farmakologi dengan

psikoterapi (*talk therapy*) juga memiliki peranan penting dalam mengendalikan atau mengobati berbagai jenis depresi. Psikoterapi dilakukan oleh psikiater, psikolog terlatih, pekerja sosial, atau konselor. Pendekatan psikoterapi dibagi dua, yaitu *cognitive-behavioral therapy* (CBT) dan *interpersonal therapy*. CBT terfokus pada cara baru dalam berpikir untuk mengubah perilaku, lalu terapis membantu penderita mengubah pola negatif atau pola tidak produktif yang mungkin berperan dalam terjadinya depresi. *Interpersonal therapy* membantu penderita mengerti dan dapat menghadapi keadaan dan hubungan sulit yang mungkin berperan menyebabkan depresi. Banyak penderita mendapat manfaat dari terapi psikoterapi dalam membantu mengerti dan memahami cara menangani faktor penyebab depresi, terutama pada depresi tingkat ringan namun, jika depresi dengan tingkat berat, tatalaksana psikoterapi saja tidak cukup, dikarenakan akan menimbulkan risiko episode depresi yang berulang.

#### *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*

ACT adalah terapi perilaku, tentang tindakan yang dipandu oleh nilai-nilai inti diri sendiri berperilaku seperti orang yang kita inginkan. Tujuan dari ACT adalah untuk meningkatkan kemampuan seseorang dalam melakukan tindakan yang penuh kesadaran dan dipandu oleh nilai-nilai.

Pada awalnya, istilah ACT adalah istilah menyeluruh untuk model kesehatan psikologisnya adalah "*experiential avoidance*" yaitu upaya untuk mengubah bentuk, frekuensi, atau sensitivitas situasional dari kejadian-kejadian pribadi yang sulit (misalnya, pikiran, perasaan, dan sensasi fisiologis), bahkan ketika hal tersebut mengarah pada tindakan yang tidak sesuai dengan nilai dan tujuan seseorang (misalnya, menghindari kecemasan bahkan ketika hal tersebut menghalangi seseorang untuk mencapai tujuan yang sudah lama ia

inginkan).<sup>(13)</sup> "Acceptance" adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan model ini secara positif dan didefinisikan sebagai kesediaan untuk mengalami (yaitu, tidak mengubah bentuk, frekuensi, atau sensitivitas) peristiwa pribadi yang tidak diinginkan, untuk mengejar nilai dan tujuan seseorang (misalnya, bersedia untuk merasa takut dalam mengejar tujuan yang telah lama dipegang).<sup>(13)</sup>

Enam proses terapi utama dalam ACT adalah menghubungkan diri dengan saat ini, defusi, penerimaan, diri sebagai konteks, nilai-nilai, dan tindakan yang berkomitmen.

#### Komplikasi Depresi pada Lansia

Komplikasi yang dapat terjadi dari depresi pada geriatric adalah kemungkinan malnutrisi dan adanya infeksi pneumonia diakibatkan dari penderita imobilitas atau berbaring terus-menerus, serta akibat sampingan dari pemberiannya obat anti-depresi.

Gangguan depresi mayor dapat memberikan dampak yang besar terhadap konsentrasi dan sampai daya ingat, dan terkadang dapat disalahartikan sebagai penyakit neurodegeneratif seperti misalnya gangguan Alzheimer. Kadang-kadang istilah "pseudodementia" telah digunakan untuk menggambarkan hal ini. Namun, istilah ini kurang tepat karena menyiratkan bahwa gejala kognitifnya tidak asli, padahal tidak demikian. Para dokter biasanya dapat membedakan gejala kognitif dari gangguan depresi mayor dari demensia suatu penyakit, seperti demensia tipe Alzheimer, berdasarkan alasan klinis. Gejala kognitif pada gangguan depresi mayor terjadi secara tiba-tiba, dan gejala lain dari gangguan ini, seperti menyalahkan diri sendiri, juga ada. Variasi diurnal dalam masalah kognitif, yang tidak terlihat pada demensia primer, dapat terjadi. Sementara pasien depresi dengan kesulitan kognitif sering tidak mencoba menjawab pertanyaan, pasien demen-

sia dapat mengoceh. Selama wawancara, pasien depresi terkadang dapat dibimbing dan didorong untuk mengingat, suatu kemampuan yang tidak dimiliki oleh pasien demensia.

Sebaliknya, depresi dapat menyebabkan penyakit fisik ataupun memperburuk gangguan fisik yang sudah ada. Misalnya ketidakpatuhan karena penurunan semangat dan penurunan aktivitas akibat gangguan depresi pada pasien berkomorbiditas dengan hipertensi dapat menyebabkan stroke atau gagal ginjal, juga dapat terjadi pada pasien diabetes mellitus dapat menjadi gangguan kardiovaskuler dan komplikasi lain.

Pasien dengan gangguan depresi memiliki risiko lebih tinggi untuk melakukan bunuh diri daripada populasi lainnya. Sepertiga pasien dengan usia lanjut melaporkan rasa kesepian sebagai alasan utama untuk melakukan bunuh diri, dan sepuluh%nya akibat masalah keuangan. 60% diantaranya yang melakukan bunuh diri merupakan laki-laki dan 75% yang ingin mencoba untuk melakukan bunuh diri adalah wanita.

#### Prognosis Depresi pada Lansia

Depresi pada geriatri sering berlanjut menjadi kronis dan kambuh-kambuhan atau relaps. Hal ini berhubungan dengan komorbiditas medis, kemunduran kognitif, dan faktor-faktor psikososial. Kemungkinan kekambuhan cukup tinggi pada pasien dengan riwayat episode yang berulang, awitan pada usia yang lebih tua, riwayat distimia, atau sakit medis yang sedang terjadi dapat mempengaruhi beratnya depresi dan kronsitas dari depresi.

Banyak dokter layanan primer yang secara signifikan memandang sebelah mata sejauh mana pasien yang mengalami depresi dan berusia lanjut akan merespons pengobatan seperti obat antidepresan, terapi psikososial, atau ECT. Prognosis untuk sembuh setara antara pasien muda dan tua,

meskipun pemulihan mungkin membutuhkan waktu lebih lama pada pasien yang lebih tua. Sebagian besar pasien (54 hingga 84%) sembuh, 12 hingga 24% kambuh, dan 4 hingga 28% tetap sakit atau cacat. Pada pasien dengan depresi psikotik, angka kesembuhan berkurang setengahnya, dan angka kekambuhan serta kecacatan dua kali lipat dari pasien dengan depresi non-psikotik. Tindak lanjut secara cermat dan peninjauan efek samping berperan penting ketika meresepkan antidepresan, karena hingga 40% pasien berhenti mengonsumsi antidepresan yang diresepkan dalam waktu dua minggu, dan hingga 70% pasien berhenti dalam waktu empat minggu.

## **RINGKASAN**

Depresi adalah salah satu penyakit mental yang sering dijumpai pada pasien berusia di atas 60 tahun dan merupakan penyakit paling umum dengan gejala tidak spesifik atau tidak khas pada populasi lanjut usia; oleh karena itu sulit diidentifikasi sehingga tidak atau terlambat diterapi. Selain itu depresi pada usia lanjut sering tidak diakui pasien dan tidak dikenali dokter karena gejala yang tumpang tindih, sering komorbid dengan penyakit medis lain sehingga lebih menonjolkan gejala somatik daripada gejala depresinya.

Depresi pada lansia adalah gangguan mental yang dialami individu usia 60 tahun ke atas seperti perasaan sedih, adanya kecemasan, sulit tidur dan tidak memiliki harapan. Faktor risiko timbulnya gejala depresi pada lansia yaitu faktor usia, adalah wanita (tak menikah dan janda), lebih banyak disabilitas fisik (adanya penyakit fisik, ada gangguan kognitif atau demensia, problem tidur kronik dan ansietas), status sosial ekonomi yang kurang, adanya kehilangan (pasangan atau orang terdekat), stres kronik atau mengalami kehidupan yang penuh stresor, kurangnya dukungan psikososial (*loneliness/social isolation*).

Anamnesis psikiatri dan pemerik-

saan status mental pada lansia mengikuti format yang sama dengan dewasa muda; namun, karena tingginya prevalensi gangguan kognitif pada lansia, dokter harus menentukan apakah pasien memahami sifat dan tujuan pemeriksaan. Bila pasien mengalami gangguan kognitif, riwayat independen harus diperoleh dari anggota keluarga atau wali.

Komplikasi yang dapat terjadi dari depresi pada geriatric adalah kemungkinan malnutrisi dan adanya infeksi pneumonia diakibatkan dari penderita imobilitas atau berbaring terus-menerus, serta akibat sampingan dari pemberiannya obat anti-depresi.

Tatalaksana depresi pada lansia dipengaruhi tingkat keparahan dan kepribadian masing-masing. Pada depresi ringan dan sedang, psikoterapi merupakan tata laksana yang sering dilakukan dan berhasil. Akan tetapi, pada kasus tertentu atau pada depresi berat, dibutuhkan kombinasi psikoterapi dan farmakoterapi

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Njoto EN. Mengenal Depresi pada Usia Lanjut Penggunaan Geriatric Depression Scale (GDS) untuk Menunjang Diagnosis. *Cermin Dunia Kedokt.* 2014;41(6).
2. Indonesia MKR. RENCANA AKSI NASIONAL KESEHATAN LANJUT USIA TAHUN 2016-2019. 2016.
3. Boland K, Smith C, Bond H, Briggs S, Walton J. Current concepts in the rehabilitation of rotator cuff related disorders. *J Clin Orthop trauma.* 2021 Jul;18:13-9.
4. Erwanto F, Fitri A, History A. Gambaran tingkat depresi pada lansia di wilayah kerja puskesmas sidomulyo rawat jalan. 2023;(2016).
5. Maramis MM. DEPRESI PADA LANJUT USIA \*. 2014;2(1):27-8.
6. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006 Jan;44(1):1-25.
7. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *J Clin Psychol.* 2007 Sep;63(9):871-90.
8. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation

- strategies. *Behav Res Ther.* 2006 Sep;44(9):1301–20.
9. Masuda A, Hayes SC, Fletcher LB, Seignourel PJ, Bunting K, Herbst SA, et al. Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behav Res Ther.* 2007 Nov;45(11):2764–72.
  10. Bond FW, Bunce D. Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *J Occup Health Psychol.* 2000 Jan;5(1):156–63.
  11. Flaxman PE, Bond FW. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behav Res Ther.* 2010 Aug;48(8):816–20.
  12. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther [Internet].* 2011;42(4):676–88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
  13. Hayes SC, Wilson KG, Gifford E V, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996 Dec;64(6):1152–68.