

LAPORAN KASUS

Wanita Usia 60 Tahun dengan Episode Depresif Sedang dan Gejala Somatis

Aironi Irsyahma, Mukhlis Imanto
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Episode depresif adalah diagnosis kejiwaan yang menggambarkan gangguan mood atau afektif dengan abnormalitas pada suasana perasaan. Kelainan fundamental dari kelompok gangguan ini adalah adanya perubahan suasana perasaan (mood) atau afek menuju ke arah depresi yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketidakgairahan hidup, perasaan tidak berguna, dan putus asa. Seorang wanita usia 60 tahun datang ke poliklinik jiwa Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung dengan keluhan utama sulit untuk memulai tidur dan sering terbangun di malam hari secara tiba-tiba yang telah dialami sejak 3 bulan yang lalu. Pasien juga sering merasa sakit kepala, pegal-pegal pada badan, cepat lelah pada saat melakukan pekerjaan rumah tangga, dan malas untuk pergi ke luar rumah untuk mengikuti kegiatan sosial kemasyarakatan. Pada pemeriksaan fisik terhadap pasien tidak didapatkan kelainan klinis sedangkan pada pemeriksaan psikiatrik didapatkan kesadaran jernih, mood hipotimia dengan afek yang sempit dan serasi. Pasien didiagnosis dengan aksis I: (F.32.11) episode depresif sedang dengan gejala somatik, aksis II: tidak ada diagnosis, aksis III: tidak ada diagnosis, aksis IV: masalah dengan keluarga, dan aksis V: *Global Assestment of Functioning (GAF) score* 50-41 (pada saat sekarang). Pasien mendapatkan terapi psikofarmaka golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)* Sertraline 1x25 mg dan Clobazam 2x5 mg yang dikombinasikan dengan psikoterapi suportif. Episode depresif pada pasien ini disebabkan oleh anggota keluarga yang menetap di tempat yang berbeda dengan pasien. [J Agromed Unila 2016. 3(1):7-12]

Kata kunci: afektif, episode depresif, mood, somatik, wanita

A 60 Years Old Woman with Moderate Depressive Episode and Somatic Symptoms

Abstract

Depressive episode is a psychiatric diagnosis that describes the mood or affective disorders with abnormalities in mood and feeling. The fundamental abnormality of this group disorders is the change in feeling (mood) or affect towards depression which characterized with glooming, lethargy, lack of life energy, feeling worthless, and hopeless. A Woman 60 years old came to polyclinic psychiatry of Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung with a chief complaint of difficult to initiate sleep and often wake up suddenly in the middle of the night since three months ago. She also often feel headache, sore on her body, feel tired quickly when doing housework and lazy to go out of the house for social activities. Physical examination found no clinical abnormalities while psychiatric examination found a clear awareness, mood hipotimia with harmonious narrow affect. Patient was diagnosed with axis I: (F.32.11) moderate depressive episode with somatic symptoms, axis II: no diagnosis, axis III: no diagnosis, axis IV: problems with family, axis V: Global Assestment of Fucntioning (GAF) score 50-41 (at present time). Patient treated with pharmacotherapy group Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) sertraline 1x25 mg and Clobazam 2x5 mg which combined with supportive psychotherapy. Depressive episode in this patient is caused by family member that live in the different place than patient. [J Agromed Unila 2016. 3(1):7-12]

Keywords: affective, depressive episode, mood, somatic, woman

Korespondensi: Aironi Irsyahma | Jl. P. Legundi, Gg. Mawar 55 Bandar Lampung | HP. 081539925788
e-mail: aironiirsyahma@gmail.com

Pendahuluan

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa (PPDGJ-III), episode depresif merupakan diagnosis kejiwaan yang termasuk dalam kelompok diagnosis gangguan suasana perasaan (gangguan mood/afektif). Kelainan fundamental dari kelompok gangguan ini adalah adanya perubahan

suasana perasaan (mood) atau afek ke arah depresi.¹

Menurut Maramis (2009)² depresi merupakan suatu gangguan perasaan yang memiliki ciri-ciri semangat berkurang, rasa harga diri yang rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan gangguan makan. Depresi merupakan gangguan mental yang serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan cemas.

Pada pria gangguan depresi dapat terjadi dengan prevalensi sekitar 15% dalam seumur hidup dan pada perempuan dapat mencapai 25% dimana sekitar 10% persen penderitanya mendapatkan perawatan pada tingkat primer sementara sisanya 15% dirawat di rumah sakit. Pada anak sekolah didapatkan prevalensi sebesar 2%, yang meningkat pada usia remaja menjadi sebesar 5%.^{1,3}

Gangguan depresi secara umum akan menghilang dalam beberapa hari namun dapat juga berkelanjutan dan mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Pada saat ini, depresi telah menjadi suatu gangguan kejiwaan yang sangat berpengaruh terhadap kehidupan, dan hampir selalu menghasilkan hendaya pada fungsi interpersonal, sosial dan pekerjaan.^{1,3}

Kasus

Seorang wanita usia 60 tahun, datang ke poliklinik jiwa Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung dengan keluhan sulit tidur sejak 3 bulan yang lalu. Pada anamnesis didapatkan pasien merasa sulit untuk memulai tidur dan pada saat tidur pasien sering terbangun di malam hari secara tiba-tiba. Hal ini menyebabkan kualitas tidur pasien menjadi terganggu dan pasien sering merasa sakit kepala dan pegal-pegal pada badan.

Pasien merasa menjadi lebih cepat lelah saat melakukan pekerjaan rumah tangga seperti mencuci piring dan menyapu lantai dan pasien juga merasa malas pergi ke luar rumah untuk mengikuti kegiatan pengajian bersama kelompok pengajiannya. Oleh karena itu, pasien lebih banyak berada di rumah dan berdiam diri di dalam kamar.

Menurut keluarga, pasien sering terlihat melamun, dan menyendiri di dalam kamar. Pada saat diajak bicara, pasien lebih banyak diam dan terlihat seperti sedang memikirkan suatu hal. Menurut pasien, dia sering memikirkan anak dan cucu-cucunya yang tinggal di luar kota, karena dia tidak dapat mengetahui bagaimana kondisi mereka, sementara dia tidak mempunyai cukup biaya untuk pergi mengunjungi anak dan cucunya tersebut. Oleh karena itu pasien sering merasa sedih dan tidak berguna dengan keadaannya.

Pasien tidak pernah mengalami keluhan yang sama sebelumnya. Pasien

juga tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, trauma kepala sebelumnya, kejang saat kecil, asma maupun alergi obat. Pasien tidak pernah mengkonsumsi rokok, narkoba, minuman keras dan sebagainya.

Pasien merupakan anak ketiga dari enam saudara. Sejak lahir pasien tinggal bersama orang tua dan lima saudaranya. Pasien memiliki hubungan yang baik dengan orang tua, dan saudaranya. Kedua orang tua memberi perhatian yang sama kepada setiap anaknya. Orang tua bekerja sebagai petani dan status ekonomi keluarga tergolong ekonomi kurang.

Riwayat prenatal dan perinatal tidak diketahui dengan pasti, menurut pasien dia lahir normal, cukup bulan, berat badan lahir tidak tahu, dibantu dukun, langsung menangis, dan tidak ada kecacatan waktu lahir. Pasien mendapat ASI selama dua tahun dan tidak memiliki gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Pasien menempuh SD dalam kurun waktu enam tahun, pasien bisa mengikuti pelajaran dengan baik, dan pasien dapat membaca, menulis, dan berhitung. Setelah tamat SD pasien tidak melanjutkan ke SMP karena alasan kedua orang tua tidak mampu untuk membiayai sekolahnya. Sejak saat itu pasien bekerja membantu orang tua sebagai petani. Semasa kecil pasien termasuk anak yang pendiam dibandingkan anak seusianya, namun pasien memiliki cukup banyak teman dan berhubungan baik dengan teman-temannya tersebut.

Pasien menikah selama kurang lebih 39 tahun dengan orang yang dia pilih. Setelah menikah pasien bekerja dengan membantu suami bertani dan mengurus pekerjaan rumah tangga. Kebutuhan sehari-hari dipenuhi oleh suami dengan menjual beras dan sayuran hasil pertanian di pasar. Suami pasien meninggal 5 tahun yang lalu.

Pasien mempunyai tiga orang anak, anak pertama laki-laki berusia 43 tahun, anak kedua perempuan berusia 41 tahun, dan anak ketiga perempuan berusia 37 tahun. Menurut anak ketiga pasien memberikan perhatian yang sama kepada semua anaknya. Pasien mempunyai enam orang cucu, dari anak pertama dua orang cucu, laki-laki usia 19 tahun dan perempuan usia 16 tahun, dari anak kedua dua orang cucu, yaitu perempuan usia 17

tahun dan perempuan usia 14 tahun, dari anak ketiga laki-laki usia 15 tahun, dan perempuan usia 10 tahun.

Saat ini pasien tinggal satu rumah bersama dengan anak ketiga, menantu dan dua orang cucunya. Sejak suaminya meninggal, pasien hanya mengerjakan pekerjaan rumah tangga, dan kebutuhan sehari-hari dipenuhi oleh anak dan menantu yang bekerja sebagai pedagang kebutuhan pokok di pasar. Pasien beragama Islam dan sering melaksanakan ibadah shalat. Pasien memiliki hubungan yang baik dengan lingkungan tempat tinggalnya. Pasien mengikuti kegiatan pengajian bersama kelompok pengajian di masjid dekat tempat tinggalnya, namun sejak 3 bulan terakhir pasien jarang mengikuti kegiatan pengajian.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan keadaan umum baik, tekanan darah pasien 130/80 mmHg, frekuensi nadi 78 x/m, frekuensi napas 18 x/m, suhu 36,3°C. Status generalis dan status neurologis, serta hasil pemeriksaan laboratorium pasien berada dalam batas normal.

Pada pemeriksaan status mental, kesadaran pasien *compos mentis*, sikap pasien selama wawancara kooperatif. Selama wawancara pasien tenang. Kontak mata dengan pemeriksa baik. Pasien berbicara spontan, lancar, intonasi sedang, volume cukup, kualitas cukup, artikulasi jelas, kuantitas cukup. Mood pasien hipotimia dengan afek sempit dan serasi. Bentuk pikir realistis, arus pikir koheren, produktivitas baik, dengan kontinuitas baik, dan tidak didapatkan hendaya berbahasa. Pada isi pikir terdapat ide bersalah. Penilaian fungsi kognitif menunjukkan kecerdasan sesuai dengan taraf pendidikan, daya konsentrasi kurang, namun orientasi waktu, tempat dan orang baik. Daya ingat jangka panjang, daya ingat jangka menengah baik, jangka pendek, dan jangka segera juga baik. Penilaian pasien dalam norma sosial dan uji daya nilai tidak terganggu. Pasien merasa dirinya sakit namun tidak mengetahui penyebabnya dan secara keseluruhan pernyataan pasien dapat dipercaya.

Diagnosis pasien dibuat secara multiaksial dengan diagnosis pada aksis I: episode depresif sedang dengan gejala somatik (F.32.11), aksis II: tidak ada

diagnosis, Aksis III: tidak ada diagnosis, aksis IV: masalah dengan keluarga, aksis V: *Global Assessment of Functioning* (GAF) 50-41 (pada saat ini).

Pasien mendapatkan terapi dengan psikofarmaka golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) Sertraline 1 x 25 mg dan Clobazam 2x5 mg yang dikombinasi dengan psikoterapi suportif.

Pembahasan

Menurut PPDGJ-III gangguan jiwa adalah adanya gejala klinis bermakna yang dapat berupa suatu sindrom atau pola perilaku atau pola psikologik yang menimbulkan *distress* atau penderitaan antara lain dapat berupa: rasa nyeri, rasa tidak nyaman, rasa tidak tenteram disfungsi organ tubuh, dan menimbulkan *disability* atau keterbatasan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari.¹ Pada pasien ditemukan adanya gangguan suasana perasaan (*mood*) yang menimbulkan *distress* (penderitaan) dan *disability* (keterbatasan) di dalam pekerjaan dan kehidupan sosial pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien ini mengalami gangguan jiwa.

Proses diagnosis gangguan jiwa berdasar PPDGJ-III ditegakkan secara multiaksial dengan menggunakan lima aksis yaitu aksis I adalah gangguan klinis dan kondisi lain yang menjadi fokus perhatian klinis, aksis II adalah gangguan kepribadian dan retardasi mental, aksis III adalah kondisi medik umum, aksis IV adalah masalah pada psikososial dan lingkungan, dan aksis V adalah penilaian fungsi secara global.¹

PPDGJ-III mengelompokkan gejala depresi menjadi gejala utama dan gejala lainnya. Gejala utama terdiri dari (1) afek depresif, (2) kehilangan minat maupun anhedonia, dan (3) kehilangan energi yang ditandai dengan cepat lelah. Gejala lainnya antara lain: (1) daya konsentrasi atau perhatian berkurang, (2) harga diri maupun kepercayaan diri yang berkurang, (3) rasa bersalah atau rasa tidak berguna, (4) pandangan yang suram serta pesimistis tentang masa depan, (5) gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri, (6) tidur terganggu, (7) nafsu makan berkurang.¹

Berdasarkan tingkatan, depresi dapat dikelompokkan menjadi ringan, sedang, dan berat sesuai dengan banyaknya dan

beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang. Untuk dapat dikategorikan depresi sedang, sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi ditambah dengan tiga atau empat dari gejala lainnya, dan telah berlangsung minimum dua minggu lamanya serta menghadapi kesulitan yang nyata untuk meneruskan kegiatan sosial.¹

Berdasarkan data yang diperoleh melalui anamnesis terhadap pasien dan keluarga, serta pemeriksaan fisik dan rekam medik diketahui bahwa pasien tidak mempunyai riwayat demam tinggi, riwayat kejang sebelumnya, riwayat kelainan organik, maupun riwayat pemakaian zat psikoaktif sehingga diagnosis (F.0) gangguan mental organik dan (F.1) penggunaan zat psikoaktif dapat disingkirkan. Pada pasien juga tidak didapatkan adanya gangguan waham maupun halusinasi sehingga diagnosis (F.2) skizofrenia juga dapat disingkirkan. Pada pasien didapatkan gangguan afektif yaitu mood hipotimia, afek sempit dengan kesesuaian yang serasi sehingga diagnosis (F.3) gangguan mood [afektif] dapat dimasukkan. Pada pasien didapatkan keluhan berupa perasaan sedih, murung, menyendiri, merasa tidak berguna, mudah lelah dan malas bekerja, yang baru pertama kali dirasakan pasien sejak 3 bulan lalu sehingga diagnosis untuk pasien ini adalah (F.32) episode depresif. Pada pasien didapatkan dua gejala utama depresi yang terdiri dari, (1) kehilangan minat dan kegembiraan, (2) berkurangnya energi yang menuju keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas, dan tiga gejala lainnya yang terdiri dari, (1) konsentrasi dan perhatian berkurang, (2) gagasan rasa bersalah dan tidak berguna, (3) tidur terganggu, disertai dengan gejala somatis berupa sakit kepala dan badan pegal-pegal, sehingga diagnosis klinis pada Aksis I adalah (F.32.11) episode depresif sedang dengan gejala somatik.

Pada anamnesis juga tidak didapatkan adanya gangguan tumbuh kembang pada usia kanak-kanak dan remaja dan pasien dapat menyelesaikan pendidikan SD dengan baik namun tidak melanjutkan pendidikan dikarenakan masalah ekonomi. Pada penilaian fungsi kognitif, kecerdasan sesuai dengan taraf pendidikan pasien, daya konsentrasi kurang, namun orientasi waktu, tempat dan

orang, serta daya ingat jangka panjang, menengah, pendek, dan segera baik sehingga diagnosis (F.70) retardasi mental dapat disingkirkan dan diagnosis pada aksis II adalah tidak ada diagnosis.

Anamnesis dan pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien juga tidak menemukan adanya penyakit fisik, sehingga diagnosis kondisi medis pada aksis III adalah tidak ada diagnosis.

Pada anamnesis terhadap stresor psiko-sosial didapatkan bahwa pasien sering memikirkan anak dan cucunya yang tinggal di luar kota karena tidak bisa mengetahui bagaimana kondisi mereka, sementara pasien sendiri tidak mempunyai biaya untuk mengunjungi anak dan cucunya tersebut. Hal ini kemudian menyebabkan pasien sering merasa sedih, tidak berguna, dan lebih sering melamun dan banyak menyendiri di dalam kamar, sehingga diagnosis psikososial pada aksis IV adalah stresor masalah dengan keluarga.

Dengan menggunakan skala GAF, penilaian terhadap kemampuan pasien untuk berfungsi dalam kehidupannya pada saat dilakukan wawancara psikiatri disimpulkan mengalami gejala berat (*serious*) dan disabilitas berat sehingga pada aksis V skor GAF adalah 50-41

Depresi lebih sering terjadi pada perempuan dengan prevalensi hampir dua kali lipat lebih besar dibandingkan laki-laki. Hal ini mungkin disebabkan oleh perbedaan hormon, perbedaan stressor psikososial antara perempuan dan laki-laki, pengaruh melahirkan, serta model perilaku yang dipelajari tentang ketidakberdayaan.¹ Depresi pada umumnya terjadi rata-rata pada usia sekitar 40 tahun-an namun juga dapat timbul pada masa anak atau lanjut usia, hal ini mungkin berhubungan dengan meningkatnya penyalahgunaan zat dan penggunaan alkohol.³

Ada banyak hal yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan depresi, setidaknya ada lima penyebab depresi yang terdiri dari faktor biologis berupa abnormalitas metabolit amin biogenik seperti 5-hidroksiindolasetat, (5-HIAA), asam homovanilat (HVA) dan 3-metoksi-4-hidroksifenilglukol (MHPG) di dalam darah, urine dan cairan serebrospinalis. Faktor neurokimia yang berupa ikatan Glutamat dan Glisin pada reseptor N-Metil-D-Aspartat (NMDA) di daerah hipokampus

yang berlebihan pada saat mengalami stress kronis. Faktor genetik berupa pola pewarisan genetik yang kompleks di dalam keluarga. Faktor psikososial berupa peristiwa hidup yang penuh tekanan seperti kehilangan orang tua sebelum usia 11 tahun, kematian pasangan, PHK atau keluar dari pekerjaan, dan faktor kepribadian sehingga orang-orang dengan gangguan kepribadian seperti obsesif kompulsif, histrionik dan borderline cenderung lebih berisiko untuk mengalami depresi.³

Menurut teori psikodinamik, terdapat beberapa poin penting yang dapat menyebabkan suatu episode depresi yaitu gangguan hubungan ibu-anak selama fase oral (10-18 bulan pertama kehidupan), kehilangan objek yang nyata atau khayalan, introeksi atas penderitaan yang berkaitan dengan kehilangan objek, dan kehilangan objek cinta yang dianggap sebagai campuran antara cinta dan benci sehingga rasa marah diarahkan kedalam diri sendiri.⁴

Depresi adalah suatu fenomena yang terjadi ketika seseorang menyadari terdapat perbedaan antara ideal yang tinggi dengan ketidakmampuan untuk dapat mewujudkan hal tersebut. Sementara Trias kognitif dari depresi mencakup tiga hal yaitu persepsi negatif terhadap diri sendiri, persepsi negatif terhadap lingkungan yakni kecenderungan menganggap dunia bermusuhan dengan dirinya, dan persepsi negatif tentang masa depan yakni bayangan penderitaan dan kegagalan.⁴

Hampir semua pasien depresi (97%) mengeluh tentang penurunan energi sehingga mereka mengalami kesulitan dalam menyelesaikan tugas, mengalami hendra dalam aktivitas dan pekerjaan dan menurunnya motivasi untuk terlibat dalam kegiatan baru. Sekitar 80% pasien mengeluhkan masalah tidur khususnya terjaga dini hari (terminal insomnia) dan sering terbangun di malam hari karena memikirkan masalah yang dihadapi. Pada kebanyakan pasien dapat terjadi penurunan nafsu makan, penurunan berat badan serta mengalami tidur lebih lama dari biasanya. Pasien juga mungkin mengatakan perasaannya yang sedih, tidak punya harapan, dicampakkan atau tidak berharga dan biasanya terdapat pikiran untuk melakukan bunuh diri pada sekitar dua per tiga pasien depresi dan 10

sampai 15% diantaranya melakukan bunuh diri. Beberapa pasien depresi terkadang tidak menyadari ia mengalami depresi dan tidak mengeluh tentang gangguan mood meskipun mereka menarik diri dari keluarga, teman dan aktivitas yang sebelumnya menarik bagi dirinya.^{1,3,4}

Pengobatan gangguan depresi dengan menggunakan antidepresan merupakan terapi yang efektif dan dapat menurunkan risiko bunuh diri pada lansia.⁵ Semua antidepresan yang ada saat ini membutuhkan 3 sampai 4 minggu untuk dapat memberikan pengaruh terapeutik yang bermakna, walaupun obat tersebut dapat mulai menunjukkan pengaruhnya lebih dini. Oleh karena itu, antidepresan sebaiknya diberikan bersamaan dengan pemberian obat benzodiazepin selama 2 minggu sebagai terapi simptomatis.⁶

Sertralin merupakan obat antidepresi yang termasuk golongan SSRI yang relatif aman digunakan pada lansia karena obat ini memiliki efek kardiologik dan efek samping lain yang minimal dibandingkan obat antidepresi golongan lainnya, spektrum antidepresi obat ini cukup luas, dengan gejala putus obat yang sangat minimal, serta *lethal dose* yang tinggi (>6.000 mg) sehingga relatif lebih aman untuk pasien geriatri yang berobat jalan.⁷

Kecuali terjadi efek samping, antidepresan harus dinaikkan dosisnya sampai kadar maksimum yang direkomendasikan atau dipertahankan kadar tersebut setidaknya selama 4 atau 5 minggu sebelum percobaan obat dapat dianggap tidak berhasil. Terapi antidepresan harus dipertahankan setidaknya selama 6 bulan atau selama episode depresi sebelumnya, bergantung mana yang lebih lama.^{8,9}

Banyak penelitian menunjukkan bahwa kombinasi psikoterapi dan farmakoterapi adalah terapi yang paling efektif untuk gangguan depresi terutama depresi berat. Tiga jenis psikoterapi jangka pendek yang umum digunakan yaitu terapi kognitif, terapi interpersonal, dan terapi perilaku. Namun secara keseluruhan, terapi perilaku-kognitif merupakan psikoterapi yang paling efektif untuk mengatasi depresi pada lansia, karena terapi ini merupakan psikoterapi terstruktur yang mengenali bahwa cara kita berpikir (*cognition*) dan cara kita bertindak

(*behavioural*) mempengaruhi cara kita merasakan.¹⁰

Simpulan

Pasien wanita 60 tahun dengan diagnosis (F.32.11) episode depresi sedang dengan gejala somatis diterapi secara rawat jalan dengan menggunakan kombinasi Sertralin ditambah Clobazam dan psikoterapi suportif. Pasien mendapat sertralin 1x25 mg dan Clobazam 2x5 mg selama dua minggu, dan dianjurkan untuk kembali kontrol setelah 2 minggu kemudian untuk penyesuaian dosis dan penilaian ulang status mental.

Secara keseluruhan prognosis pasien adalah bonam karena keluarga memberikan motivasi dan dukungan yang kuat untuk kesembuhan pasien yang ditunjukkan dengan adanya komitmen keluarga yang berbeda tempat tinggal untuk lebih sering berkumpul bersama demi kesembuhan pasien.

Daftar Pustaka

1. Maslim R. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa III di Indonesia. Edisi ke-3. Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI; 2004.
2. Maramis WF, Maramis AA. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Edisi ke-2. Surabaya: Airlangga University Press; 2009.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Edisi ke-3. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
4. Ismail RI, Siste K. Gangguan depresi. Dalam: Elvira SD, Hadisukanto G, editor. Buku ajar psikiatri. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2010.
5. Maslim R. Panduan praktis penggunaan klinis obat psikotropik. Edisi ke-3. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Jiwa Atmajaya; 2007
6. Barak Y, Olmer A. Antidepressants reduce risk of suicide among elderly depressed patients. *Neuropsychopharmacology*. 2006; 31:178-81
7. Devanand DP. Sertraline treatment of elderly patients with depression and cognitive impair. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003; 18(2):123-30.
8. Roose SP, Sackeim HA. Antidepressant pharmacotherapy in the treatment of depression in the very old: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2004; 161:2050-9.
9. Wiese BS. Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BCMJ*. 2011; 53(7):341-7
10. Areán PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biol Psychiatry*. 2002; 52(3):293-303.