



PENGENALAN GANGGUAN DEPRESIF PADA ORANG USIA LANJUT

Pidato Pengukuhan
Jabatan Guru Besar Tetap
dalam Bidang Ilmu Psikiatri pada Fakultas Kedokteran,
diucapkan di hadapan Rapat Terbuka Universitas Sumatera Utara

Gelanggang Mahasiswa, Kampus USU, 19 Juli 2007

OLEH:

SYAMSIR BONGSOE

**UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
MEDAN
2007**



Pengenalan Gangguan Depresif pada Orang Usia Lanjut

Pidato Pengukuhan
Jabatan Guru Besar Tetap
dalam Bidang Ilmu Psikiatri pada Fakultas Kedokteran,
diucapkan di hadapan Rapat Terbuka Universitas Sumatera Utara

Gelanggang Mahasiswa, Kampus USU, 19 Juli 2007

Oleh:

SYAMSIR BONGSOE

**UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
MEDAN
2007**

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yang terhormat,

*Bapak Ketua dan Bapak/Ibu Anggota Majelis Wali Amanat Universitas Sumatera Utara,
Bapak Rektor Universitas Sumatera Utara,
Bapak Ketua dan Bapak/Ibu Anggota Senat Akademik Universitas Sumatera Utara,
Bapak Ketua dan Bapak/Ibu Anggota Dewan Guru Besar Universitas Sumatera Utara,
Bapak/Ibu Para Pembantu Rektor Universitas Sumatera Utara,
Bapak/Ibu Para Dekan, Pembantu Dekan, Ketua Lembaga dan Unit Kerja,
Dosen dan Karyawan di lingkungan Universitas Sumatera Utara,
Saudara para mahasiswa, serta
Bapak/Ibu para undangan dan hadirin yang saya muliakan.*

Pada kesempatan yang berbahagia ini terlebih dahulu saya menghaturkan puji dan syukur ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua, sehingga kita dapat berkumpul di sini untuk mengikuti upacara pengukuhan saya sebagai Guru Besar Tetap dalam Bidang Ilmu Psikiatri pada Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.

Semoga kesempatan yang saya peroleh ini, senantiasa mendapat bimbingan dan rida dari Allah SWT sembari mengucapkan selawat dan salam ke haribaan junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang sangat kita harapkan syafaatnya di hari kemudian kelak.

Selanjutnya izinkanlah saya menyampaikan pidato pengukuhan dengan judul:

**PENGENALAN GANGGUAN DEPRESIF
PADA ORANG USIA LANJUT**

PENDAHULUAN

Pada orang usia lanjut, gangguan depresif merupakan suasana alam perasaan yang utama bagi orang usia lanjut dengan penyakit fisik kronik dan kerusakan fungsi kognitif yang disebabkan oleh adanya penderitaan, disabilitas, perhatian keluarga yang kurang serta bertambah buruknya penyakit fisik yang banyak dialaminya.^{1,2,3}

Selain itu proses-proses sehubungan dengan ketuaan dan penyakit fisik yang dialaminya akan mempengaruhi jalur frontostriatal, *amygdala* serta *hipocampus*, dan meningkatkan kerentanan untuk terjadinya gangguan depresif.^{1,4} Begitu pula faktor herediter bisa juga berperan sebagian.

Adanya musibah yang bersifat psikososial seperti kemiskinan, isolasi sosial, dan lain-lain akan mengundang untuk suatu perubahan fisiologis yang selanjutnya akan meningkatkan kerentanan untuk mengalami depresi atau untuk mencetuskan kondisi depresi pada orang usia lanjut yang rentan akan hal tersebut.¹

EPIDEMIOLOGI

Saat ini pada umumnya diterima pendapat yang mengatakan bahwa beban depresi pada orang usia lanjut adalah cukup tinggi.^{1,2} Berdasarkan suatu penelitian, ada sekitar 1-4% populasi orang usia lanjut secara umum mengalami gangguan depresif mayor, sedangkan gangguan depresif minor sekitar 4-13%.^{1,5} Sama dengan kelompok usia lainnya, perbandingan wanita dengan pria yang berusia lanjut yang mengalami gangguan depresif adalah sekitar 2:1.^{1,6}

Meningkatnya prevalensi depresi pada orang usia lanjut kemungkinan berhubungan dengan meningkatnya disabilitas, kerusakan kognitif, anjloknya status ekonomi, dll.^{1,2}

ETIOLOGI

Faktor penyebab timbulnya gangguan depresif pada orang usia lanjut bisa berupa:

1. Faktor Biologis

Hal ini bisa berupa faktor genetik, gangguan pada otak terutama sistem cerebrovaskular, gangguan neurotransmitter terutama aktivitas serotonin, perubahan endokrin dll.^{1,2}

a) Faktor Genetik:

Dari segi aspek faktor genetik, menurut suatu penelitian dinyatakan bahwa gen-gen yang berhubungan dengan risiko yang meningkatkan untuk lesi kardiovaskular dapat meningkatkan kerentanan untuk timbulnya gangguan depresif.

Penelitian lain melaporkan bahwa predisposisi genetik untuk gangguan depresif mayor pada orang usia lanjut dapat dimediasi oleh adanya lesi vaskular.¹

b) Gangguan pada Otak:

Antara lain yang termasuk dalam gangguan pada otak sebagai salah satu penyebab timbulnya gangguan depresif pada orang usia lanjut adalah penyakit cerebrovaskular, yang mana gangguan ini dapat sebagai faktor predisposisi, presipitasi atau mempertahankan gejala-gejala gangguan depresif pada orang usia lanjut.⁷

c) Gangguan Neurotransmitter:

Pada suatu penelitian yang dilakukan oleh Robinson, dkk., mendapatkan bahwa konsentrasi norepinephrin dan serotonin berkurang sesuai dengan bertambahnya usia, tetapi metabolit 5-HIAA dan enzim monoamineoksidase meningkat sesuai pertambahan usia.¹

d) Perubahan Endokrin:

Dalam hal ini terutama adalah keterlibatan penurunan kadar hormon estrogen pada wanita, testosteron pada pria, dan hormon pertumbuhan pada pria dan wanita.

Penurunan kadar hormon tersebut sejalan dengan perubahan fisiologis karena pertambahan usia. Sehingga dengan bertambahnya usia, proses degenerasi sel-sel dari organ tubuh makin meningkat, termasuk di antaranya meningkatnya proses degenerasi sel-sel organ tubuh yang memproduksi hormon tersebut makin berkurang.^{5,9,10}

Dengan penurunan kadar hormon tersebut, hal ini akan mempengaruhi produksi neurotransmitter terutama serotonin dan norepinephrin.

2. Faktor Psikologis:

Ini bisa berupa penyimpangan perilaku, psikodinamik, dan kognitif.

a) Teori Perilaku:

Dari konsep teori perilaku terjadinya gangguan depresif pada individu usia lanjut oleh karena orang-orang usia lanjut cukup banyak mengalami peristiwa-peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan atau yang cukup berat sehingga terjadinya gangguan depresif tersebut sebagai respons perilaku terhadap *stressor-stressor* kehidupan yang dialaminya tersebut.

Penelitian lain melaporkan bahwa ada kaitan terjadinya gangguan depresif pada orang usia lanjut dengan sejumlah peristiwa kehidupan yang negatif yang dialami individu usia lanjut.²

b) Teori Psikodinamis:

Berdasarkan teori psikodinamis, terjadinya gangguan depresif pada orang usia lanjut, oleh karena pada orang usia lanjut sering terjadi ketidaksanggupan untuk menyelesaikan pencarian pemulihan sekunder dari peristiwa-peristiwa kehilangan yang tak terelakkan oleh individu tersebut.²

c) Teori Kognitif:

Salah satu teori psikologis tentang terjadinya gangguan depresif adalah terjadinya distorsi kognitif. Dalam hal ini berkaitan dengan bagaimana interpretasi seseorang terhadap peristiwa-peristiwa kehidupan yang dialaminya.

Terjadinya distorsi kognitif pada orang usia lanjut oleh karena pada individu usia lanjut tersebut memiliki harapan-harapan yang tidak realistis dan membuat generalisasi yang berlebih-lebihan terhadap peristiwa kehidupan tertentu yang tidak menyenangkan individu tersebut.²

3. Faktor Sosial:

Hal ini bisa berupa hilangnya status peranan sosialnya atau hilangnya sokongan sosial yang selama ini dimilikinya.

PATOFISIOLOGI

Struktur neocortical dorsal mengalami hipometabolis dan struktur limbic ventral mengalami hipermetabolis selama dalam keadaan gangguan depresif. Selain itu jalur fronto-striatal pada otak memediasi antisipasi yang mengarah ke afek (alam perasaan) yang positif, dan abnormalitasnya bisa menghasilkan satu ketidaksanggupan untuk mendorong antisipasi yang mana ini akan mempredisposisikan keadaan depresif.¹¹

Terjadinya kerusakan pada sirkuit fronto-orbital dapat menimbulkan disinhibisi, iritabilitas, dan pengurangan sensitifitas pada isyarat-isyarat sosial. Begitu pula kerusakan cingulata anterior dapat menyebabkan apatis dan menurunnya inisiatif. Kerusakan sirkuit dorsolateral dapat menyebabkan kesulitan dalam merubah tempat, dalam belajar dan generasi daftar kata. Nah, abnormalitas perilaku-perilaku ini adalah menyerupai

gejala-gejala pada gangguan depresif. Begitu pula hipoaktivitas korteks prefrontodorsolateral dan gyrus angularis telah dihubungkan pula dengan gangguan psikomotor dan gangguan depresif.⁸

GAMBARAN KLINIK

Pada orang usia lanjut, gambaran klinik dari gangguan depresifnya bisa dijumpai sebagai berikut:

a) Depresi dan dysphoria^{1,2,5,12,13,14,15,16}

Walaupun demikian kadang-kadang *mood* depresif bisa tidak dijumpai pada pasien tersebut, oleh karena ada juga pasien yang menyangkal (*denial*) terhadap perasaan yang demikian.

b) Menangis³

Tapi pada pasien pria agak jarang.

c) Ansietas (kecemasan) dan agitasi^{3,15}

Pada pasien ini bisa dijumpai: pasien menjadi gugup waktu berkomunikasi dengan seseorang, mudah tersinggung atau tingkah laku yang mengganggu bersama-sama dengan gejala-gejala ansietasnya. Dan hal ini bisa dijumpai pada sekitar 80% dari pasien usia lanjut yang mengalami gangguan depresif.

d) Menurunnya energi dan kelelahan (*fatigue*)³

e) Anhedonia¹²

Di sini pasien tersebut kehilangan *interest* terhadap sesuatu yang dulu disenanginya.

f) Retardasi fisik^{3,12}

Kondisi ini dapat menjurus pada meningkatnya kesukaran dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, diet yang buruk, tak mau makan, dan lain-lain.

g) Defisit kognitif

Hal ini sering terlihat pada orang usia lanjut yang mengalami gangguan depresif dan kadang-kadang bisa mencapai suatu level yang parah sehingga diduga sedang mengalami pseudodementia. Bahkan dari suatu penelitian yang pernah dilakukan oleh Kral & Emery pada tahun 1999, dari pasien sampel penelitiannya tersebut berkembang menjadi penyakit Alzheimer.^{2,3}

Gangguan kognitif yang berkaitan dengan suasana alam perasaan depresif pada orang usia lanjut dalam bentuk gangguan fungsi eksekutif, kecepatan psikomotor, atensi dan inhibisi, serta kemampuan visiospasial. Timbulnya gangguan defisit kognitif ini diduga disebabkan oleh penurunan fungsi dari lobus frontalis.²

- h) Somatisasi¹²
- i) Hypokhondriasis¹²
- j) *Insight*
Gejala gangguan *insight* ini tingkat keparahannya bervariasi, tergantung pada keparahan penyakitnya.¹²
- k) *Suicide* (bunuh diri)
Menurut suatu penelitian telah dinyatakan bahwa bunuh diri lebih sering terjadi pada usia lanjut dibandingkan dengan populasi umur lainnya. Dan dari segi jenis kelamin didapati bahwa pria usia lanjut lebih sering melakukan tindakan bunuh diri dibandingkan dengan wanita yang usia lanjut.¹⁷
Berkaitan dengan *suicide* ini, selain oleh adanya *mood* yang depresif, gejala *suicide* pada orang usia lanjut bisa terkait dengan beberapa hal antara lain: belum kawin, kesehatan fisik yang memburuk yang bersifat subyektif, disabilitas, rasa sakit, gangguan *sensory*, tinggal di rumah perawatan atau panti.¹ Walaupun demikian ide *suicide* berhubungan erat dengan keparahan depresi yang dideritanya.^{2,5}
- l) Gejala-gejala psikotik^{13,14}
Ini bisa dalam bentuk gejala waham atau halusinasi. Isi wahamnya bisa berupa rasa bersalah, cemburu atau persekutorik.
- m) Gangguan Perilaku¹²
Hal ini bisa dalam bentuk gejala-gejala sebagai berikut yaitu: penolakan untuk makan, buang air besar dan buang air kecil yang tak terkontrol, menjerit-jerit, dan jatuh teatrikalitas, tingkah laku merusak, menggigit, menggaruk-garuk atau bertengkar dengan orang lain atau pasien-pasien lainnya.
- n) Gangguan tidur, terutama *late insomnia*¹⁶
Selain gejala-gejala yang saya sebutkan di atas tadi dapat dikatakan bahwa pasien gangguan depresif usia lanjut sering dijumpai co-morbiditas dengan penyakit-penyakit lain, yaitu:
- Co-morbiditas dengan gangguan psikiatri lainnya antara lain gangguan cemas (ansietas) dan lain-lain.
 - Co-morbiditas dengan penyakit-penyakit fisik, antara lain: penyakit Alzheimer, penyakit Parkinson, stroke, penyakit kardiovaskular, dan lain-lain.

FAKTOR RISIKO UNTUK PERKEMBANGAN TERJADINYA DEPRESI PADA USIA LANJUT⁵

Hal-hal berikut ini harus dipertimbangkan untuk dikaitkan dengan perkembangan terjadinya suatu gangguan depresif dan dapat dipakai sebagai satu cara pengenalan dan mentargetkan kelompok risiko tinggi, yaitu:

- 1) Penyakit fisik, terutama yang menimbulkan rasa sakit atau ketidaksanggupan.
- 2) Merasa kesepian.
- 3) Ada duka cita saat ini, atau peristiwa kehidupan buruk yang lain.
- 4) Gangguan pendengaran.
- 5) Adanya riwayat keluarga dengan gangguan depresif.
- 6) Demensia dini.
- 7) Ada penggunaan obat-obat tertentu seperti: steroid, mayor tranquilizer, dan lain-lain.

Selain itu, dari penelitian yang telah dilakukan didapati bahwa: penyebab yang paling sering terjadinya kematian pada pasien gangguan depresif usia lanjut adalah oleh karena kondisi kardiovaskular yang bisa berupa: *stroke*, *myocard infarct*, dan sebagainya. Kemudian kanker merupakan penyebab kedua yang paling sering sebagai penyebab kematian pada penderita gangguan depresif pada usia lanjut.^{18,19}

DIAGNOSIS

Penetapan diagnosis untuk gangguan depresif pada orang usia lanjut dapat mempergunakan kriteria diagnostik dari DSM-IV, atau dari ICD-10.^{1,2,5}

DIAGNOSIS BANDING

Termasuk dalam diagnosis banding untuk gangguan depresif pada usia lanjut antara lain⁷:

1. Gangguan mental organik

Dari aspek gangguan mental organik ini yang paling sering dijumpai adalah demensia. Untuk membedakan apakah kondisi tersebut suatu gangguan depresif yang menunjukkan gambaran pseudodemensia pada usia lanjut atau adalah suatu demensia murni, hal tersebut dapat kita lihat perbedaannya sebagai berikut⁷:

- a) Onset gangguan kognitif pada individu dengan gangguan depresif pada usia lanjut berlangsung secara cepat, sedangkan pada yang murni demensia, onset gangguan kognitifnya berlangsung secara bertahap.
 - b) Durasi simtom-simtom gangguan kognitif dari individu dengan gangguan depresif pada usia lanjut berlangsung singkat, sedangkan pada yang murni demensia berlangsung lama.
 - c) Konsistensi *mood* yang depresif dengan gangguan kognitifnya didapati pada individu gangguan depresif usia lanjut, sedangkan pada yang murni demensia didapati tidak konsistennya *mood* dengan gangguan kognitifnya.
 - d) Kesukaran kognitif pada pasien gangguan depresif cenderung berfluktuasi, sedangkan pada demensia, kesukaran kognitifnya berlangsung relatif stabil.
2. Skizofrenia
- Untuk membedakan skizofrenia dengan gangguan depresif pada usia lanjut antara lain:
- a) Pada skizofrenia umumnya serangan pertama pada usia remaja atau dewasa muda, sedangkan pada gangguan depresif usia lanjut serangan pada usia lanjut.
 - b) Pada skizofrenia gejala yang menonjol adalah sering berupa waham dan halusinasi, sedangkan pada gangguan depresif usia lanjut gejala yang menonjol adalah gangguan depresifnya.
3. Gangguan tidur primer
4. Hypokhondriasis
5. Ansietas
6. Alkoholisme
7. Proses normal usia lanjut.

MANAJEMEN TERAPI

Tujuan pengobatan adalah untuk mengurangi gejala-gejala gangguan depresif, mencegah ide *suicide*, mencegah *relapse* atau *recurrent* dari gejala-gejalanya, untuk memperbaiki status fungsional dan kognitif serta untuk membantu pasien dalam mengembangkan keterampilannya.¹

Tindakan terapinya dapat berupa:^{1,2,6,20}

- a) Pengobatan terhadap penyakit yang mendasarinya.
- b) Pemberian obat anti *depressant* dan psikoterapi (*cognitive behavior therapy, psychodynamic psychotherapy, dsb.*).

Selain itu *Electro Convulsive Therapy* (ECT) harus dipertimbangkan bila pasien tidak menunjukkan respons terhadap obat *antidepressant*, atau memiliki depresi berat, dengan risiko *suicide*, dan lain-lain.^{1,20}

Obat *antidepressant* golongan S.S.R.I. dan S.N.R.I. adalah obat *antidepressant* pilihan, diikuti dengan Bupropion dan Mirtazapine. Sedangkan beberapa jenis obat *antidepressant* seperti: Amitriptyline, Maprotyline, dan lain-lain harus dihindari.²⁰

Selain itu pada fase rehabilitasi, maka penatalaksanaan rehabilitasi perilaku sebaiknya dikombinasikan dengan pengobatan *antidepressant* untuk memperbaiki status fungsionalnya setelah gejala-gejala depresinya hilang.⁷

KESIMPULAN

Gangguan depresif merupakan salah satu gangguan mental-emosional yang cukup sering dijumpai pada orang usia lanjut. Hal ini dapat disebabkan oleh karena faktor penyebab dari gangguan depresif begitu besar kemungkinan akan dialami oleh orang usia lanjut. Di lain pihak, walaupun terapi untuk gangguan depresif tersebut bisa dilaksanakan namun hasilnya tidaklah dapat mencapai hasil yang maksimal, mengingat kekurangan secara fisik dan psikososial pada orang usia lanjut tidaklah dapat dikembalikan seperti semula.

UCAPAN TERIMA KASIH

Hadirin yang saya muliakan,

Pada akhir pidato acara pengukuhan saya ini, perkenankanlah saya sekali lagi memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas segala rahmat, karunia dan rida-Nya saya pada hari ini dapat dikukuhkan sebagai Guru Besar Tetap di Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan. Semoga Allah senantiasa melimpahkan taufik dan hidayah-Nya, sehingga saya dapat mengemban tugas jabatan yang terhormat ini sampai ke masa yang akan datang.

Saya juga mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada pemerintah Republik Indonesia melalui Menteri Pendidikan Nasional yang telah memberikan kepercayaan dan kehormatan kepada saya untuk memangku jabatan Guru Besar Tetap ini.

Kepada Bapak Rektor Universitas Sumatera Utara Prof. dr. Chairuddin P. Lubis, DTM&H, SpA(K), para Pembantu Rektor Akademik, Dewan Guru Besar USU, Dekan, Pembantu Dekan, dan Dewan Pertimbangan Fakultas Kedokteran USU, saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas pengusulan dan pengukuhan saya sebagai Guru Besar Tetap FK-USU pada hari ini.

Kepada Almarhum Prof. DR. dr. H. Syafri Yusuf, SpKJ, dr. Perdana Tanzil, SpKJ, dan segenap guru-guru saya di Departemen Psikiatri FK-USU, saya ucapkan terima kasih atas bimbingan dan pemberian Brevet Keahlian Bidang Ilmu Kedokteran Jiwa (Psikiatri) kepada saya.

Kepada dr. H. Harun Thaher Parinduri, SpKJ(K), Prof. dr. Bahagia Lubis, SpKJ(K), dr. Raharjo. S, SpKJ, dr. Marhanudin Umar, SpKJ(K), dan seluruh staf pengajar tetap maupun tidak tetap di Departemen Psikiatri FK-USU yang namanya tidak dapat saya sebutkan satu per satu, saya ucapkan terima kasih atas perhatian dan simpatinya kepada saya.

Kepada almarhum ayah saya, Bongsoe dan almarhumah ibu saya, Sobariah serta abang saya, almarhum Amran BS dan Ahmad BS saya doakan semoga Allah SWT Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang berkenan menempatkannya di tempat yang sebaik-baiknya di alam barzah. Juga saya doakan bapak mertua saya almarhum H. M. Djahri, semoga mendapat tempat yang baik di sisi-Nya.

Kepada ibu mertua saya Hj. Wardiningsih, hormat ananda yang setinggi-tingginya dan terima kasih yang tiada terhingga atas asuhan dan didikan penuh kasih sayang yang bunda telah berikan kepada istri ananda, membuat ia menjadi seorang yang penyayang dan sangat mengerti, serta mempunyai toleransi yang sangat tinggi, sehingga memungkinkan ananda untuk mencapai semuanya ini.

Khusus kepada istriku, Hj. Endang Pujawati dan kedua putraku Budi Setiawan, SP dan Citra Syahputra, SP, tiada kata yang pantas dan setara untuk mengutarakan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya atas cinta, kasih sayang, pengertian, dan kesabaran serta dorongan kalian.

Kepada abang saya Azwar BS, SH dan Mursal BS, serta abang dan adik ipar saya, marilah kita berdoa semoga kita tetap mendapat keampunan, petunjuk dan rida Allah SWT, tetap rida atas ketentuan-Nya dan tetap mensyukuri nikmat-Nya.

Kepada semua anggota panitia pengukuhan ini saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dan saya tidak dapat membalas budi baik saudara-saudara sekalian, semoga Allah SWT membalasnya dengan berlipat ganda.

Kepada saudara-saudara yang lain dan sahabat-sahabat saya yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu, saya ucapkan terima kasih atas perhatian dan simpatinya.

Akhirnya kepada seluruh hadirin yang saya muliakan, saya mengucapkan terima kasih atas perhatian dan kesabarannya mengikuti upacara ini, mohon maaf sekiranya ada sikap dan tutur kata saya yang tidak berkenan di hati Bapak/Ibu sekalian.

Wabillahi taufik wal hidayah,
Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

DAFTAR PUSTAKA

1. Alexopoulos G.S. Depression in the Elderly. *Lancet* 2005; 365: p.1961-70.
2. Blazer D.G. Depression in Late Life: Review and Commentary. *J. Gerontology Med Sci* 2003;58A (3):p.249-65.
3. Baldwin R. Wild R. Management of depression in later life *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10: p.131-9.
4. Alexopoulos G.S. Frontostriatal and Limbic Dysfunction in Late Life Depression; the *American Journal of Geriatric Psychiatry*; Nov/Dec 2002;10,6.
5. Evans M. Mottram P. Diagnosis of depression in elderly patients. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: p.49-56.
6. Tweedy K., Morrison M.F., De Michele S.G. Depression in Older Women. *Psychiatric Annals* 2002; 32 (7): p.417-29.
7. Blazer D.G., Koenig H.G. Mood disorders. In: Bosse E.W., Blazer D.G., eds, *Textbook of Geriatric Psychiatry*, 2nd ed. Washinton DC: American Psychiatric Press, 1996; p.235-63.
8. Alexopoulos G.S. Mood disorders. In Sadock B.J., Sadock V.A., eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins, 2000; p.3060-8.
9. Seidman S.N., Araujo A.B., Roose S.P., et al. Low Testosterone Levels in Elderly Men With Dysthymic Disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: p.456-9.
10. Shores M.M., Sloan K.L., Matsumoto A.M., Mocerri V.M., Felker B., Kivlahan D.R. Increased Incidence of Diagnosed Depressive Illness in Hypogonadal Older Men. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: p. 162-7.
11. Dunkin J.J., Kasl-Godley J.E.: Psychological Changes with Normal Aging. In Sadock B.J., Sadock V.A. Eds. *Kaplan & Sadock: Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th Ed Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000; p. 30.

12. Fonntonlakis K.N., O'Hara R., Iacovides A., Camilleri C.P., Kaprinis S., Kaprinis G., et al.: Unipolar Late Onset Depression: A comprehensive review. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003; 2: 11.
13. Targum S.D. Treating Psychotic Symptoms in Elderly. *Primary Care Companion J. Clin Psychiatry* 2001; 3: p. 156-63.
14. Serby M., Yu M. Overview: Depression in Elderly. *Mt Sinai J.Med* 2003; 70 (1): p. 38-44.
15. Heeren O., et al.: Association of Depression with Agitation in Elderly Nursing Home Residents. *Journal Geriatric Psychiatry Neurol.* 2003; 16: 4-7.
16. Nelson J.C., Clary C.M., Leon A.C., Schneider L.S. Symptoms of Late Life Depression. Frequency and Change During Treatment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Jun 2005; 13,6.
17. Sadavoy J., Lazarus L.W., Jarvik L.F., Grossberg G.T. *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry– II, 2nd ed.* Washington. American Psychiatric Press, Inc. 1996.
18. Stevens D.C. et al. Sociodemographic and Clinical Predictors of Mortality in Geriatric Depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, Sep/Oct 2002,10.5.
19. Kales H.C., Maixner D.F., Mellow A.M. Cerebrovascular Disease and Late Life Depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, Feb 2005; 13.2.
20. Frazer C.J., Christensen H, Griffiths KM. Effectiveness of Treatment for Depression in Older People. *Medical Journal of Australia*, Jun 20 2005; 182.2.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. DATA PRIBADI

Nama Lengkap : dr. Syamsir Bongsoe, SpKJ(K)
NIP/Karpeg. : 130 517 440/A.061283
Alamat : Jl. Setia Budi Psr-I No.5 Tanjung Sari, Medan, 20132
Telepon : 061-8212196
Tempat/Tgl Lahir : Bagansiapi-api/17 Desember 1945
Agama : Islam
Nama Ayah : Alm. Bongsoe
Nama Ibu : Alm. Sobariah
Satus Keluarga : Menikah (18 Desember 1976)
Istri : Hj. Endang Pujawati
Anak : 1.Budi Setiawan, SP
2.Citra Syahputra, SP

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

1958 : Lulus SR Negeri No. 2, Bagansiapi-api
1961 : Lulus SMP Negeri, Bagansiapi-api
1964 : Lulus SMA Nasrani Bersubsidi, Medan
1974 : Lulus Dokter Umum FK-USU, Medan
1981 : Brevet Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa (Psikiater)
FK-USU, Medan
2005 : Spesialis Kedokteran Jiwa Konsultan (Kolegium
Psikiatri Indonesia)

III. RIWAYAT JABATAN/PANGKAT/GOLONGAN

1 Desember 1974 : Asisten Ahli Madya/Penata Muda/Gol. IIIa
1 Oktober 1977 : Asisten Ahli/Penata muda Tk-I/Gol. IIIb
1 April 1982 : Lektor Muda/Penata/Gol. IIIc
1 April 1985 : Lektor Madya/Penata Tk-I /Gol. IIId
1 Oktober 1987 : Lektor/Pembina/Gol. IVa
1 Oktober 1998 : Lektor Kepala Madya/Pembina Tk-I/Gol. IVb
1 Januari 2001 : Lektor Kepala
1 Desember 2006 : Guru Besar

IV. RIWAYAT PEKERJAAN

- 1967 – 1974 : Asisten Departemen Biologi FK-USU
1974 – 1977 : Dosen Departemen Biologi FK-USU
1977 – 1981 : Asisten Departemen Psikiatri FK-USU
1981 – sekarang : Dosen Tetap Departemen Psikiatri FK-USU
1984 – sekarang : Dosen Diperbantukan untuk Mata Ajar Psikiatri di FK-UISU
1994 – sekarang : Ketua Departemen Psikiatri FK-USU
1995 – sekarang : Sebagai Ketua SMF Psikiatri RS Adam Malik
1996 – sekarang : Dosen Tidak Tetap Psikiatri Program D-III Keperawatan FK-USU
1998 – 2002 : Dosen Tidak Tetap Program D-IV Perawat Pendidik FK-USU
2000 – sekarang : Dosen Tidak Tetap Psikiatri Program NERS FK-USU
2003 – 2005 : Anggota UPP FK-USU
2005 – 2007 : Anggota MEU FK-USU

V. RIWAYAT ORGANISASI

- 1974 – sekarang : Anggota IDI cabang Medan
1977 – 1984 : Anggota PNPCh (Perhimpunan Neurologi, Psikiatri dan Neurochirurgi) cabang Medan
1984 – 1993 : Anggota IDAJI (Ikatan Dokter Ahli Jiwa Indonesia) cabang Medan
1993 – sekarang : Anggota PDSKJI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia) cabang Medan
2001 – 2003 : Sebagai wakil Ketua Asosiasi Alzheimer Indonesia (AAZI) cabang Medan
2003 – 2008 : Sebagai anggota Bidang Ilmiah dalam Pengurus Perhimpunan Gerontologi Indonesia (Pergeri) cabang Sumatera Utara

VI. KARYA ILMIAH SEBAGAI PENULIS UTAMA

1. **Syamsir BS:** "Ketergantungan Obat dan Beberapa Permasalahannya". Disajikan pada Ceramah Kesehatan Jiwa BKSOW Medan, 21 Januari 1987.
2. **Syamsir BS:** "Delirium" Disajikan pada kegiatan Ilmiah dalam Rangka HUT FK-USU ke-37 di Medan, 1989.

3. **Syamsir BS**: "Kenakalan Remaja dan Narkoba" Disajikan pada Penataran P-4 Pola Terpadu 100-Jam bagi Mahasiswa USU t/a 1992-1993, di Medan, 1992.
4. **Syamsir BS**: "Aspek Psikiatri dari Gangguan Tidur", Disajikan pada Seminar Sehari "Normalkah Tidur Anda" di Medan, 1997.
5. **Syamsir BS**: "Aspek Psikososial Penyakit Kepikunan Alzheimer" Disajikan pada Seminar Alzheimer untuk Awam; Medan 24 Februari 2001.
6. **Syamsir BS**: "Dementia", Dimuat dalam Majalah Kedokteran Nusantara, Vol.XXVII, No.4 Desember 1997.
7. **Syamsir BS**: "Gambaran Klinik Skizofrenia" Dimuat dalam Majalah Kedokteran Nusantara, Vol XXXV, No.3, September 2000.
8. **Syamsir BS**: "Bulimia Nervosa", Dimuat dalam Majalah Kedokteran Nusantara, Vol.36, No.2, Juni 2003.

VII. KARYA ILMIAH/PENULIS PEMBANTU

1. Harun T. Parinduri, **Syamsir BS**: "Pengobatan Tics Facialis pada Anak dengan Hipnoterapi" Dimuat dalam Majalah Kedokteran Nusantra, Vol.15, No.1, Maret 1985, Medan.
2. Bahagia Lubis, I. S. Depari, V. M. Togatorop, **Syamsir BS**, Syafri Yusuf, P. Lumbangaol: "Efek Samping Obat Anti Psikotik pada Kasus Psikiatrik di RSPM" Dimuat dalam Majalah Kedokteran Nusantara Vol.XVI, Edisi khusus, 1986, Medan.
3. Imat S. Depari, Bahagia Lubis, **Syamsir BS**, Victor M. togatorop: "Tinjauan Efek Samping Obat Anti Psikotik di Bangsa Psikiatri RSPM". Disajikan pada PIDT-I-IDAJI Desember 1986 di Semarang.
4. Sulastri Effendi, Raharjo S., **Syamsir BS**, Imat S. Depari: "Prestasi Belajar pada Anak di Panti Asuhan Putra dan Putri Muhammadiyah Medan dibandingkan dengan Anak di Luar Panti Asuhan".Disajikan pada PIDT-I-IDAJI Desember 1986. Di Semarang.
5. Harun T. Parinduri, **Syamsir BS**, "Peranan Psikiatri Dalam Penyakit Herpes Genitalia dan AIDS". Disajikan pada Simposium Penyakit Herpes dan AIDS, 13 September 1986 di Medan.
6. Raharjo S., Bahagia Lubis, Harun T. Parinduri, **Syamsir BS**, Darisman, Evalina A.: "Kasus Depresi Terselubung di Laboratorium Psikiatri FK-USU/RSPM". Disajikan pada Simposium Depresi Terselubung dengan Keluhan Somatik pada Praktek Umum, 5 April 1986 di Medan.
7. Harun T. Parinduri, Syafri Yusuf, Raharjo S., **Syamsir BS**: Aspek Psikiatris pada Penderita Cedera Kepala". Disajikan pada Simposium Cedera Kepala, 15 Februari 1986 di Medan.

8. Bahagia Lubis, **Syamsir BS**, Harun T. Parinduri: "Perbandingan Efikasi Resosialisasi dari Pimozide dengan Chlorpromazine pada pasien Skizofrenia Paranoid di RSPM". Disajikan pada Kongres Nasional IDAJI – I 1988, Ujung Pandang.
9. Raharjo S., **Syamsir BS**, "Keselamatan dan Kesehatan Kerja Ditinjau Dari Segi Kesehatan Jiwa". Disajikan pada seminar Sehari Keselamatan dan Kesehatan Kerja, 13 Februari 1989 di Medan.
10. Helmi Azhar, **Syamsir BS**, Raharjo S., M. Yoesoef Simbolon: "Perbandingan Lamanya Kejang antara E.C.T Bilateral dengan Unilateral di RS Dr. Pirngadi Medan". Disajikan pada PIDT-II-IDAJI, 9-13 Desember 1990.
11. Harun T. Parinduri, **Syamsir BS**: "Kejadian Cacat Mental Tetap dengan Asuransi Kecelakaan". Disajikan pada Kongres Nasional IDAJI – II, 8-11 Juli 1992 di Yogyakarta.
12. Evawati Siahaan, Raharjo S., **Syamsir BS**, Emil T. Pasaribu: "Hubungan Antara Stadium Kanker Payudara dengan Tingkat Depresi di RSPM". Disajikan pada Biennial Meeting of the Indonesian Psychiatric Association, 16-19 Januari 1995, Bandung.
13. Masjelita, Paskawani S., H.OK.Moehadsyah, **Syamsir BS**, Bahagia Lubis: "Depresi Penderita Rematik Kronik, khususnya Artritis Reumatoid di RSPM". Disajikan pada Kongres Nasional IDAJI –III, 29 Juni-03 Juli 1997. Di Surabaya.
14. Yaslinda, Masjelita, Harun T. Parinduri, **Syamsir BS**: "Fobia Sosial pada Mahasiswa Baru IKIP Medan 96/97 dan Faktor Psikososial yang Mempengaruhinya". Disajikan pada Kongres Nasional IDAJI-III, 28 Juni-3 Juli 1997 di Surabaya.
15. Jeffi Djamaluddin, Raharjo S., **Syamsir BS**, Posma Nainggolan: "Pengaruh Kafein terhadap Kekambuhan Skizofrenia". Disajikan pada Kongres Nasional IDAJI-III, 29 Juni-03 Juli 1997 di Surabaya.
16. Posman Nainggolan, Jeffi Djamaludin, Bahagia Lubis, **Syamsir BS**: "Hubungan Antara Faktor Pekerjaan dengan Depresi Pasca Skizofrenia di RSPM". Disajikan pada Kongres Nasional IDAJI-III, 29 Juni-03 Juli 1997, di Surabaya.
17. Vera Marpaung, **Syamsir BS**: "Depresi pada Penderita Epilepsi Grandmal di Poliklinik Neurologi RSUD Dr. Pirngadi Medan". Disajikan pada PIDT IDAJI, 15 Juli 1999 di Solo.
18. Evalina P., **Syamsir BS**: "Depresi pada Penderita *Irritable Bowel Syndrome*". Disajikan pada PIDT-PDSKJI, 07 s.d. 09 Juli 2003 di Jakarta.

VIII. MENGHADIRI PERTEMUAN ILMIAH

a). Tingkat Nasional dan Lokal Antara Lain:

1. Pertemuan Dua Tahunan-I PNPCh; 6-8 November 1978, Surabaya.
2. Kongres Nasional-II PNPCh; 17-19 November 1980, Bandung.
3. Pertemuan Ilmiah Dua Tahunan-II PNPCh; 5-9 Desember 1982, Denpasar Bali.
4. Kongres Nasional-III PNPCh; 30 Juli s.d. 02 Agustus 1984, Medan.
5. Pertemuan Ilmiah Dampak Kemajuan Teknologi Kedokteran terhadap Etika, Moral, dan Hukum; 30 November 1985, Medan.
6. Simposium Depresi Terselubung dengan Keluhan Somatik pada Praktek Umum; 5 April 1986, Medan.
7. Simposium Mini Neuropati Diabetika; 28 Juni 1986, Medan.
8. Simposium "Hypertension and Cardiovascular Update"; 19 Juli 1986, Medan.
9. Kursus Penyegar "Penyakit yang Ditularkan Melalui Hubungan Seksual"; 7 Agustus 1986, Medan.
10. Simposium "Penyakit yang Ditularkan Melalui Hubungan Seksual"; 9 Agustus 1986, Medan.
11. Simposium "Usia Senja Ditinjau dari Beberapa Aspek", 11 Oktober 1986, Medan
12. Pertemuan Ilmiah Dua Tahunan-I IDAJI, 14 s.d. 16 Desember 1986, Semarang.
13. Simposium: Kesehatan Jiwa dan Industri"; 1 s.d. 16 Desember 1986 di Semarang.
14. Simposium "Manajemen Terapi Gangguan Seksual"; 14 s.d. 16 Desember 1986, Semarang.
15. Simposium "Kesehatan Jiwa dan Keluarga"; 14 s.d. 16 Desember 1986, Semarang.
16. Simposium "Medikasi Psikotropik Dalam Praktek Dokter Umum"; 14 s.d. 16 Desember 1986, Semarang.
17. Workshop and Curriculum FK-USU; 22 s.d. 24 Januari 1987, Medan.
18. Simposium "Gawat Darurat Jantung; 9 April 1988, Medan.
19. Refreshing Course Neurology; 12 November 1988, Medan.
20. Simposium "Diagnosis Kecemasan dan Depresi Serta Penatalaksanaannya"; 10 Desember 1988, Ujung Pandang.
21. Kongres Nasional IDAJI-I; 10 s.d. 13 Desember 1988, Ujung Pandang.
22. Simposium "Remaja Masa Kini di Indonesia"; 11 Desember 1988, Ujung Pandang.
23. Simposium "Agresifitas"; 11 Desember 1988; Ujung Pandang.

24. Simposium "Problem Pendekatan dan Penanggulangan Skizofrenia"; 12 Desember 1988, Ujung Pandang.
25. Simposium "Diagnosa dan Terapi Gangguan Afektif Manik Depresif"; 12 Desember 1988, Ujung Pandang.
26. Simposium "Peranan Neurotransmitter pada Etiologi dan Terapi Gangguan Jiwa 12 Desember 1988, Ujung Pandang.
27. Simposium "Disfungsi Perkawinan"; 13 Desember 1988, Ujung Pandang.
28. Seminar Sehari "Keselamatan dan Kesehatan Kerja", 13 Februari 1989, Medan.
29. Simposium "Satelit Mengenai Asma Bronkhial"; 12 Agustus 1989, Medan.
30. Simposium "Era Baru Penatalaksanaan Stroke"; 24 Agustus 1991, Medan.
31. Simposium "Era Baru Penatalaksanaan Neuropati"; 29 Febuari 1992, Medan.
32. Simposium "Anxiety Panic Disorder"; 8 Juli 1992, Yogyakarta.
33. Kongres Nasional IDAJI-II; 08 s.d. 11 Juli 1992, Yogyakarta.
34. Simposium "Kecemasan dan Penyakit Jantung"; 09 Juli 1992, Yogyakarta.
35. Pertemuan Ilmiah Tahunan PANDI; 23 s.d. 24 Oktober 1992, Medan.
36. *Biennial Meeting Of The Indonesian Psychiatric Association*; 16 s.d. 19 Januari 1995, Bandung
37. Simposium "Penanggulangan Kanker Terpadu"; 19 Agustus 1995, Medan.
38. Diskusi Panel Masalah Kesehatan yang Utama Akibat Perkembangan Agroindustri di Sumatera Utara; 30 November 1996, Medan.
39. Seminar Sehari "Normalkah Tidur Anda?" (*Sleeping Disorder*); 5 Juni 1997, Medan.
40. Kongres Nasional IDAJI-III; 29 Juni s.d. 03 Juli 1997, Surabaya.
41. Kongres Nasional IDAJI -IV; 08 s.d. 11 Juli 2001, Semarang.
42. Simposium "*The New Generation Antipsychotic Drug to Bring Patients Back to Their Normal Life*"; 2 April 2005, Jakarta.
43. Kongres Nasional ke-2 Asosiasi Psikogeriatrik Indonesia; 9 s.d. 11 April 2005, Jakarta.
44. Kongres Nasional Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI)-V; 8 s.d. 12 Juli 2005, Medan.
45. Konferensi Kerja IV Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia; 19 s.d. 20 Agustus 2005, Sanur- Bali.
46. Seminar "Psychopath" diadakan oleh PDSKJI Cabang Sumut, 17 Juni 2006, Medan.

47. Seminar Ilmiah "Medical Ethics-Incooperate With Medical Law Health and Human Rights"; 22 Juli 2006, Medan.
48. Seminar "Terapi Depresi Saat ini dengan Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor; 27 Juli 2006, Medan.
49. Seminar Ilmiah "Penyelesaian Sengketa Medik Dokter dan Pasien"; 14 Agustus 2006, Medan.
50. Pelatihan Skill Training on Drug Addiction Treatment: Motivational Enhancement Therapy (Basic Concept); 17 November 2006, Batam.
51. Konferensi Nasional Skizofrenia IV; 17–20 November 2006, Batam
52. The National Symposium on "Parkinson's Disease & Other Movement Disorders"; 19 s.d. 20 Mei 2007, Medan.

b) Tingkat International Antara Lain:

1. 5th Congress of The Asean Federation for Psychiatry and Mental Health; 18 s.d. 19 Januari 1995, Bandung.
2. Symposium of Sleep Disorders in Depressed Patients; 16 s.d. 19 Januari 1995, Bandung.
3. Symposium of Managing Depression in Elderly; 16 s.d. 19 Januari 1995, Bandung.
4. Associated Meeting to 10th CINP Congress; 17 s.d. 19 Juni 1996, Jakarta.
5. Inaugural congress of The Asia Pacific Association of Psychotherapists; 28 s.d. 30 October 1996, Jimbaran Bali.
6. International Education Symposia dengan tema; "Stress in The Disaster and Stress in The City"; 3 s.d. 4 Februari 2005, Jakarta.
7. 10th Asean Federation of Psychiatry and Mental Health Congress & 14th Asean Forum Child and Adolescent Psychiatry in Crajunction With 3rd Indonesia Mental Health Convention; 29 Juni s.d. 1 Juli 2006, Jakarta.

IX. PESERTA KURSUS/PELATIHAN

1. Penataran Proyek Penelitian Staf Pengajar FK-USU; 2 Mei s.d. 2 Juni 1990, Medan.
2. Lokakarya "Applied Educational Approach "Angkatan II dan Bimbingan Rekonstruksi Perkuliahan; 28 Oktober s.d. 16 November 1991, Medan.
3. Lokakarya Identifikasi dan Alternatif Pemecahan Masalah Pendidikan Angkatan II; 8 s.d. 10 Desember 1992, Medan.
4. Lokakarya Dasar-Dasar Penyusunan Rancangan Pengajaran; 15 s.d. 17 September 1994, Medan.
5. Lokakarya Manajemen Mutu Terpadu USU; 29 April s.d. 1 Mei 1996.

6. Pelatihan "Penyegaran Keterampilan Mengajar Angkatan VI yang Dilaksanakan Oleh UPP-USU; 2 s.d. 30 Mei 2002, Medan.
7. Lokakarya Penyempurnaan Magister Spesialis Sekolah Pasca Sarjana/FK-USU; 21 s.d. 23 Juni 2007, Medan.

X. MENDAPAT TANDA JASA/PENGHARGAAN

Mendapatkan Tanda Jasa Sebagai Dosen Teladan I di Fakultas Kedokteran USU, tahun 2001, Medan.



dr. Syamsir Bongsoe, SpKJ(K), lahir di Bagansiapi-api pada tanggal 17 Desember 1945. Menjalani pendidikan dasar dan menengah pertama di Bagansiapi-api, kemudian melanjutkan pendidikan menengah atas di Medan.

Selanjutnya tamat sebagai dokter umum pada tahun 1974 dari Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara (FK-USU), Medan. Pada tahun 1977 menjalani pendidikan Spesialis Ilmu Kedokteran Jiwa (Psikiatri) di FK-USU dan selesai pendidikan dengan mendapat Brevet Spesialis Kedokteran Jiwa FK-USU pada tahun 1981.

Sejak tahun 1967 sampai 1974 sebagai Asisten Departemen Biologi FK-USU, kemudian 1974-1977 sebagai Dosen Departemen Biologi FK-USU.

Sejak 1977-1981, sebagai Asisten Departemen Psikiatri FK-USU, dan sejak 1981 sampai sekarang sebagai Dosen Tetap Departemen Psikiatri FK-USU. Sejak 1994 sampai sekarang diangkat sebagai Ketua Departemen Psikiatri FK-USU.

Selain di Departemen Psikiatri FK-USU, juga aktif di organisasi Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) cabang Medan, Asosiasi Alzheimer Indonesia (AAZI) cabang Medan, dan Perhimpunan Gerontologi Indonesia (Pergeri) cabang Sumatera Utara.

Sampai saat ini, di samping sebagai dosen, tetap aktif mengikuti pertemuan-pertemuan ilmiah, terutama di bidang psikiatri dan memperoleh penghargaan sebagai Dosen Teladan I FK-USU pada tahun 2001.

Beliau mempunyai seorang istri yaitu Endang Pujawati, dan 2 orang putra yaitu: Budi Setiawan, SP dan Citra Syahputra, SP.