

A 62 YEARS OLD WOMAN WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER, CURRENT EPISODE MODERATE, WITH SOMATIC SYMPTOMS

Hanif Fakhruddin

Faculty of Medicine, Universitas Lampung

Abstract

Depressive disorder is a disorder in which there is a change in the emotional condition, motivation, function and motor behavior, and even cognitive. Female, 62 years old, with chief complain of moody, lost of interest, difficulty of sleeping, anxiety, restlessness, and feel hatred of her mother. Physical examination found epigastric pain, from psychiatry status patient appearance was good, moody, often bowing her head and cry. The affective was depressive, talked less velocity with pressure, volume decrease, had idea of guilt, and insight was 5. Pasien diagnosed with axis I: recurrent depressive disorder, current episode moderate, with somatic symptoms; axis II: not found; axis III: dyspepsia syndrome; axis IV: family problems; axis V: GAF HLPY: 80-71, Current GAF: 60-51. Pharmacotherapy treated with fluoxetine 1 x 20 mg, clobazam 2 x 5 mg, 2 x 150 mg ranitidine, and interpersonal psychotherapy. Depressive disorder patients is due to family problems with her biological mother. Based on GAF scores indicate good prognosis in this case. [J Agromed Unila 2015; 2(1):1-5]

Keywords: moderate episode, recurrent depressive disorder, somatic symptoms

Abstrak

Gangguan depresi adalah gangguan yang berupa perubahan pada kondisi emosional, perubahan dalam motivasi, perubahan dalam fungsi dan perilaku motorik, dan perubahan kognitif. Wanita, usia 62 tahun, dengan keluhan mudah murung, hilang minat, sulit tidur, cemas, gelisah, dan merasa benci terhadap ibunya. Pemeriksaan fisik dijumpai nyeri epigastrium, status psikiatrikus didapatkan penampilan baik, tampak murung, sering menundukan kepala, dan sesekali menangis. Mood dan afek depresif, pembicaraan kecepatan kurang dan tertekan, volume menurun, ide bersalah, dan tilikan 5. Pasien didiagnosis dengan aksis I: gangguan depresi berulang, episode kini sedang, dengan gejala somatik; aksis II: tidak ditemukan; aksisi III: sindrom dyspepsia; aksis IV: masalah keluarga; aksis V: GAF HLPY: 80-71, Current GAF: 60-51. Terapi psikofarmaka yaitu fluoksetin 1 x 20 mg, clobazam 2 x 5 mg, ranitidine 2 x 150 mg, dan psikoterapi interpersonal. Gangguan depresi pasien ini disebabkan masalah keluarga yakni ibu kandungnya. Berdasarkan skor GAF menunjukkan prognosis baik pada kasus ini. . [J Agromed Unila 2015; 2(1):1-5]

Kata kunci: episode sedang, gangguan depresi berulang, gejala somatik

Korespondensi: Hanif Fakhruddin | haniffakhruddin@gmail.com

Pendahuluan

Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi di tengah masyarakat. Berawal dari stres yang tidak diatasi, maka seseorang bisa jatuh ke fase depresi. Penyakit ini kerap diabaikan karena dianggap bisa hilang sendiri tanpa pengobatan. Padahal, depresi yang tidak diterapi dengan baik bisa berakhir dengan bunuh diri.¹

Depresi tersebar luas, tetapi jumlah dan rata-rata dari gejala fisik dan kognitif berhubungan dengan gangguan depresi mayor atau *major depressive disorder* (MDD) yang berarti banyak orang tidak menunjukkan gejala emosional. Satu dari tujuh orang akan menderita gangguan psikososial dari MDD, beberapa tidak terdiagnosis kecuali dengan kunjungan ke dokter yang berulang. Tidak hanya

dokter keluarga, psikiatri dan klinisi kesehatan mental juga harus dapat mendiagnosis depresi. Tingginya prevalensi dari MDD dengan penyakit medis lainnya menunjukkan bahwa professional kesehatan dan dokter, ataupun internis atau onkologis atau ahli bedah atau kardiologis atau neurologis atau spesialis lainnya, juga harus mengenali dan memberikan tatalaksana depresi klinis pada pasien.²

Kasus

Wanita, usia 62 tahun, berpenampilan sesuai dengan usianya, cara berpakaian rapi dan perawatan diri baik datang ke poliklinik jiwa dengan keluhan mudah murung, hilang minat dalam melakukan aktivitas, dan sulit tidur. Sejak satu setengah bulan sebelum datang ke rumah

sakit, pasien mengeluh cemas, gelisah, dan merasa benci terhadap seseorang. Hal tersebut selalu muncul jika pasien memikirkan tentang ibu kandungnya. Pasien selalu merasa benci ketika memikirkan ibunya. Di sisi lain, pasien juga merasa bersalah tidak dapat mengurus ibunya. Sejak 1 bulan sebelum datang ke rumah sakit, ibu pasien bertempat tinggal di rumah pasien. Keadaan tersebut membuat pasien semakin gelisah, cemas, dan merasa bersalah. Perasaan tersebut dipendam sendiri oleh pasien, membuat keadaan menjadi semakin berat. Sejak 2 minggu terakhir, keluhan semakin berat, keluhan disertai sulit tidur, mudah murung sendiri bahkan sampai menangis. Pasien juga menjadi sulit berkonsentrasi, hilang minat dalam melakukan aktivitas, dan mudah lelah. Pasien juga semenjak terjadi keadaan seperti ini sering merasakan nyeri di daerah ulu hati, mual, dan sakit kepala. Sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit, pasien berobat ke dokter spesialis penyakit dalam, dan diberikan obat tablet ranitidin, antasida, amoxicilin, dan aprazolam.

Riwayat penyakit dahulu, pada tahun 1979 pasien juga pernah merasakan depresi, mudah sedih, tiba-tiba menangis sendiri. Pasien juga merasakan sulit tidur, hilang minat melakukan aktivitas dan merasa hidupnya tidak berguna lagi. Keadaan ini dipicu karena pasien memiliki masalah dengan ibu pasien, ditambah lagi dengan watak suami pasien yang keras. Pada saat itu pasien berobat ke dokter spesialis jiwa dan didiagnosis menderita gangguan depresi dan berobat jalan selama 3 bulan.

Sejak 2 tahun terakhir, pasien juga sering mudah murung, sedih, gelisah, dan sulit tidur. Keadaan tersebut muncul secara tiba-tiba dan reda bila pasien tidak fokus memikirkannya atau saat banyak kegiatan.

Riwayat penyakit medis umum tidak ada. Riwayat pemakaian zat psikoaktif/alkohol tidak ada. Riwayat premorbid, sejak dalam kadungan usia kehamilan 6 bulan, ayah pasien meninggal dunia. Pada saat usia bayi 6 bulan, pasien ditinggal oleh ibunya menikah lagi dan diasuh oleh kakek neneknya. Ibu pasien menikah 3 kali. Pada saat SMP pasien mulai merasakan tidak ada kasih sayang dari seorang ibu.

Pendidikan terakhir pasien Diploma II Pasien beragama islam dengan aktivitas aktif dalam kegiatan keagamaan di lingkungan rumah. Pasien seorang pensiunan guru PNS. Pasien tinggal dengan suami yang berwatak keras dan dengan ibu kandungnya.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 79 x/m, laju napas 19 x/m, suhu 36,4°C, status lokalis ditemukan nyeri di daerah epigastrium, status neurologis maupun pemeriksaan laboratorium dalam batas normal.

Status psikiatri didapatkan deskripsi umum, penampilan sesuai dengan usianya, cara berpakaian rapi, perawakan tubuh kurus, pendek, dengan perawatan diri baik. Tampak murung disertai sering menundukan kepala. Tingkah laku dan aktivitas psikomotor tangan kanan memegang *tissue*, sesekali mengelapkan *tissue* pada wajah untuk menghilangkan air mata. Pandangan ke depan, kadang gerakan mata lebih cenderung ke bawah. Sikap terhadap pemeriksa cukup kooperatif, penuh perhatian, terbuka, dan terkesean jujur dalam menjawab pertanyaan pemeriksa. Mood dan afek depresif, tampak kesesuaian dan empati bisa dirasakan. Pembicaraan menjawab spontan, artikulasi jelas, kecepatan kurang dan tertekan, kuantitas cukup, volume menurun, serta kualitas cukup. Gangguan perseptual tidak ditemukan, proses pikir logis realistik, isi pikir ide bersalah, sensorium dan kognitif baik, dan tilikan 5.

Diagnosis pasien berupa diagnosis multiaksial yaitu aksis I: F33.11 gangguan depresi berulang, episode kini sedang, dengan gejala somatik; aksis II: tidak ditemukan; aksis III: sindrom dyspepsia; aksis IV: masalah keluarga; aksis V: GAF HLPY: 80-71, *Current* GAF: 60-51. Terapi psikofarmaka yaitu fluoxetine 1 x 20 mg, clobazam 2 x 5 mg, ranitidine 2 x 150 mg, dan psikoterapi interpersonal.

Pembahasan

Depresi merupakan salah satu gangguan mood (*mood disorder*). Depresi sendiri adalah gangguan unipolar, yaitu gangguan yang mengacu pada satu kutub (arah) atau tunggal, yang terdapat perubahan pada kondisi emosional, perubahan dalam motivasi, perubahan dalam fungsi dan perilaku motorik, dan perubahan kognitif. Terdapat gangguan penyesuaian diri (gangguan dalam perkembangan emosi jangka pendek atau masalah-masalah perilaku, dalam kasus ini perasaan sedih yang mendalam dan perasaan kehilangan harapan atau merasa sia-sia, sebagai reaksi terhadap *stressor*) dengan kondisi *mood* yang menurun.^{2,3}

Berdasarkan jenis kelamin, prevalensi dari MDD adalah 1,6-3,1 kali lebih sering terjadi

pada wanita dibandingkan dengan pria dengan insiden yang besar di Amerika dan Eropa Barat. Episode depresi meningkat karena perbedaan hormonal pada saat haid dan menopause, stress psikososial, dan kelahiran anak.^{1,4}

Menurut PPDGJ III, episode depresif ditandai dengan gejala utama, yaitu: 1) afek depresif; 2) kehilangan minat dan kegembiraan; dan 3) berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas dan gejala lainnya, yaitu: 1) konsentrasi dan perhatian berkurang; 2) harga diri dan kepercayaan diri berkurang; 3) gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna; 4) pandangan masa depan yang suram dan pesimistis; 5) gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri; 6) tidur terganggu; 7) nafsu makan berkurang.⁴ Menurut ICD-10, episode depresi harus memenuhi kriteria umum: 1) episode depresi harus bertahan setidaknya 2 minggu; 2) tidak ada hipomanik atau manik gejala cukup untuk memenuhi kriteria untuk episode hipomanik atau manik pada setiap saat dalam kehidupan individu dan tidak disebabkan penggunaan zat psikoaktif atau gangguan mental organik.⁵

Pada pasien ini, episode depresi sudah sejak 2 tahun yang lalu, tidak ditemukan episode hipomanik atau manik di antara episode depresi. Selain itu, riwayat pemakaian alkohol/zat psikoaktif disangkal.

Gejala episode depresif tingkat sedang didapatkan sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala yang paling khas yang ditentukan untuk episode depresif ringan, ditambah sekurang-kurangnya tiga (dan sebaiknya empat) gejala lainnya.⁴ Pada pasien ini terdapat gejala utama, yaitu 1) afek depresi; 2) hilang minat dan kegembiraan. Gejala lainnya adanya 1) konsentrasi dan perhatian kurang; 2) gagasan tentang rasa bersalah; 3) tidur terganggu; dan 4) nafsu makan berkurang. Pada pasien juga ditemukan gejala somatik ditandai nyeri di daerah epigastrium dengan diagnosis medik umum sindrom dispepsia.

Diagnosis pada penderita gangguan jiwa berupa diagnosis multiaksial yang terdiri dari 5 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 psikososial dan lingkungan; dan aksis V adalah penilaian fungsi secara global. Tujuan dari diagnosis multiaksial

adalah mencakup informasi yang komprehensif sehingga dapat membantu dalam perencanaan terapi dan meramalkan prognosis. Diagnosis multiaksial juga merupakan format yang mudah dan sistematis sehingga dapat membantu dalam menata dan mengkomunikasikan informasi klinis, menangkap kompleksitas situasi klinis, dan menggambarkan heterogenitas individual dengan diagnosis klinis yang sama. Selain itu, diagnosis multiaksial turut memacu penggunaan model bio-psiko-sosial dalam klinis, pendidikan, dan penelitian.⁶ Penilaian terhadap fungsi adaptasi pasien terhadap gangguan kejiwaan menggunakan skor *General Adaptive Function* (GAF), yang dapat mengukur tingkat kegawatdaruratan dan prognosis pasien. Skor GAF yang sering dinilai adalah *GAF Current* dan *GAF High Level Past Year* (HLPY).⁴

Pada pasien ini, diagnosis multiaksial pada aksis I: F33.11 gangguan depresi berulang, episode kini sedang, dengan gejala somatik. Aksis II: tidak ditemukan gangguan-gangguan kepribadian atau retardasi mental. Aksis III: sindrom dispepsia. Pada pasien ditemukan gejala somatik ditandai nyeri di daerah epigastrium, riwayat penyakit maag berulang dan rutin mengkonsumsi obat tablet ranitidin dan antasida. Aksis IV: adanya masalah dengan keluarga. Masalah dengan ibu kandung disebabkan perasaan bergejolak antara perasaan benci pasien akibat tidak mendapatkan kasih sayang pada saat anak-anak dan perasaan iba atau takut durhaka apabila tidak merawat ibunya. Aksis V: GAF HLPY: 80-71, *Current* GAF: 60-51. Skala *Current* GAF tersebut yakni pasien merasakan gejala yang sedang dan disabilitas sedang. GAF 1 tahun terakhir (HLPY) yakni 80-71, bawasanya pasien merasakan gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial dan pekerjaan. Berdasarkan nilai GAF, faktor stresor, dan tidak adanya gejala psikotik, dapat dikatakan bahwa prognosisnya cukup baik.

Memilih pengobatan harus mencakup evaluasi seberapa parah episode depresif telah terjadi, ketersediaan sumber daya pengobatan, dan keinginan pribadi pasien. Untuk depresi ringan sampai berat, psikoterapi berbasis bukti sama efektifnya dengan farmakoterapi. Terdapat sedikit bukti bahwa kombinasi antara farmakoterapi dan psikoterapi untuk pengobatan dini lebih unggul daripada pengobatan lainnya untuk depresi tanpa komplikasi. Oleh karena itu, pengobatan kombinasi harus dipertimbangkan ketika terjadi

depresi berat, komorbiditas dengan kondisi lain, atau tidak adanya respon yang memadai pada monoterapi.⁷

Perbedaan yang paling dasar di antara antidepresan adalah pada proses farmakologis yang terjadi, yakni ada antidepresan yang memiliki efek farmakodinamika jangka pendek utamanya pada tempat ambilan kembali (*reuptake sites*) atau pada tingkat inhibisi enzim monoamine oksidasi. bekerja untuk menormalkan neurotransmitter yang abnormal di otak khususnya epinefrin dan norepinefrin. Antidepresan lain bekerja pada dopamin. Hal ini sesuai dengan etiologi dari depresi yang kemungkinan diakibatkan dari abnormalitas dari sistem neurotransmitter di otak. Obat antidepresan yang akan dibahas adalah antidepresi generasi pertama (Trisiklik, Tetrasiklik, dan MAOIs), antidepresi golongan kedua (SSRIs), dan antidepresi golongan ketiga (SRNIs).⁸

Pada pasien ini diberikan obat antidepresan fluoxetine. Pemilihan antidepresan ini dikarenakan metabolit fluoxetine memiliki waktu paruh yang lebih panjang daripada SSRI lainnya, yang menyebabkan fluoxetine hanya diperbolehkan untuk dimakan satu dosis per hari dan dengan demikian mengurangi efek dari diskontinuasi pengobatan SSRI. Namun Fluoxetine perlu digunakan secara berhati-hati pada pasien dengan sindroma bipolar atau pasien dengan riwayat keluarga sindroma bipolar, karena metabolit aktif yang terdapat dalam darah selama beberapa minggu dapat memperburuk episode manik pada saat perubahan episode dari depresi ke episode manik. SSRI juga dapat digunakan pada pasien yang tidak berespons dengan pengobatan trisiklik antidepresan, serta pada pasien yang memiliki daya toleransi yang rendah pada kasus diskontinuasi obat SSRI dan efek kardiovaskular.⁹

Penatalaksanaan gangguan depresi dapat dilakukan dengan psikoterapi. Terdapat tiga jenis psikoterapi jangka pendek yang digunakan dalam pengobatan depresif berat adalah terapi kognitif, terapi interpersonal, dan terapi perilaku. *National Institute of Mental Health* (2002) telah menemukan *predictor response* terhadap berbagai pengobatan sebagai berikut ini: 1) disfungsi sosial yang rendah menyatakan respons yang baik terhadap terapi interpersonal; 2) disfungsi kognitif yang rendah menyatakan respons yang baik terhadap terapi kognitif-perilaku dan farmakoterapi; 3) disfungsi

kerja yang tinggi mengarahkan respons yang baik terhadap farmakoterapi; 4) keparahan depresi yang tinggi menyatakan respons yang baik terhadap terapi interpersonal dan farmakoterapi.⁹

Terapi interpersonal dikembangkan oleh Gerald Klerman, memusatkan pada satu atau dua masalah interpersonal pasien yang sedang dialami sekarang, dengan menggunakan dua anggapan, yang pertama yakni masalah interpersonal sekarang kemungkinan memiliki akar pada hubungan awal yang disfungsi. Kedua, masalah interpersonal sekarang kemungkinan terlibat dalam mencetuskan atau memperberat gejala depresif sekarang.¹⁰

Simpulan

Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi di tengah masyarakat. Berawal dari stres yang tidak diatasi, maka seseorang bisa jatuh ke fase depresi. Depresi dapat menyebabkan terganggunya aktivitas sosial sehari-harinya. Gangguan depresi ditandai dengan afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi dan menurunnya aktivitas, dan gejala lainnya seperti, konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, dan nafsu makan berkurang. Penatalaksanaan gangguan depresi dilakukan secara farmakologi dan psikoterapi atau konseling. Dukungan dari orang-orang terdekat serta dukungan spiritual juga sangat membantu dalam penyembuhan.

Daftar Pustaka

1. Lam RW. Depression (Oxford Psychiatry Library). England: Oxford University Press; 2000. hlm. 1-57.
2. Nakagawa A, William A, Sado M, Oguchi Y, Mischoulon D, Smith F, et al. Comparison of treatment selections by Japanese and American psychiatrists for major depressive disorder: A case vignette study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015; doi: 10.1111/pcn.12273
3. Maramis WF, Maramis AA. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Edisi ke-2. Surabaya: Airlangga University Press; 2009.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's: synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry. Edisi ke-10. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
5. Maj M, Sartorius N. Depressive disorder. Edisi ke-2. Chichester: John Wiley & Sons; 2002. hlm. 8-12.
6. Maslim R. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia. Edisi ke-3. Jakarta:

- Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI; 2004.
7. Maslim R. Panduan praktis penggunaan klinis obat – obat gangguan jiwa edisi ketiga. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya; 2007.
 8. Arozal W, Gan S. Psikotropik dalam farmakologi dan terapi. Edisi ke-5. Jakarta: FKUI; 2007.
 9. Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, McIntosh A. Oxford handbook of psychiatry. England: Oxford University Press; 2005.
 10. Kay J, Tasman A. Essential of Psychiatry. West Sussex : John Wiley & Sons; 2006.