

A 30 YEARS WOMAN WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS

Prataganta Iradat

Faculty of Medicine, Universitas Lampung

Abstract

Depression is a common mental disorder that appears with a sad mood, loss of interest, decreased of energy, low self-esteem, sleep or appetite disturbance, and decreased of concentration. This disorder incidence is increased with the increasing senescence. Women, 30 years old, with a chief complaint of delusion that she had already died. Because of this, she often attempted suicide. From anamnesis found that patient in low mood, kept silent and abstracted, lost appetite and pull away from the environment. Psychiatric status found the general impression of the patient seen untidy in dressing, facial features appropriate with age, sad expression, lack of concentration, mood/affective was sad/hypothimia. The way of thinking was less productive, coherent, relevant, with no language impairment, the contents of thought are nihilistic delusions and delusions of guilt. There are hallucinations and illusions. The insight level was 1. Multiaxial diagnosis are axis I: major depressive episode with psychotic symptoms; axis II and III: currently not found; axis IV: problems with primary support group (family); axis V: GAF 60-51. Patients received psychotherapy and pharmacotherapy in the form of fluoxetine, risperidone. Mental disorders experienced by patients due to various factors. Therefore, the patient need cooperative support and good communication from physicians, patients herself, and families. [J Agromed Unila 2014; 1(3):222-227]

Keywords: depression, depressive disorder, mood, psychotic

Abstrak

Depresi merupakan gangguan mental umum yang muncul dengan mood sedih, kehilangan minat, penurunan gairah atau tenaga, merasa rendah diri, gangguan tidur atau nafsu makan, dan konsentrasi menurun. Gangguan ini dikatakan dengan seiring bertambah usia, insiden kejadiannya juga meningkat. Wanita usia 30 tahun dengan keluhan utama merasa dirinya sudah meninggal sehingga sering melakukan percobaan bunuh diri. Berdasarkan hasil anamnesis pasien lebih banyak murung, diam dan melamun, berkurang nafsu makan serta menarik diri dari lingkungan. Status psikiatri, kesan umum pasien tampak berpakaian tidak rapi, roman muka tampak sesuai umur, tampak sedih, kurang konsentrasi, mood/afek sedih/hypothimia. Arus pikir kurang produktif, koheren, relevan, tidak ditemukan hendaya berbahasa, isi pikir terdapat waham nihilistik dan waham bersalah, serta terdapat halusinasi dan ilusi. Pemahaman pasien akan penyakitnya adalah tilikan 1. Diagnosis multiaxial pasien adalah axis I: episode depresif berat dengan gejala psikotik; axis II dan III: saat ini tidak ditemukan; axis IV: masalah dengan *primary support group* (keluarga); axis V: GAF 60-51. Pasien mendapatkan psikoterapi dan farmakoterapi berupa fluoxetine, risperidone. Gangguan jiwa yang dialami pasien disebabkan berbagai macam faktor. Untuk itu, perlu adanya kerjasama dan komunikasi yang baik dari dokter, pasien, dan keluarga. [J Agromed Unila 2014; 1(3):222-227]

Kata kunci: depresi, gangguan depresi, mood, psikotik

...

Korespondensi: Prataganta Iradat | jr_iradat@yahoo.com

Pendahuluan

Setiap orang kadang-kadang mengalami perasaan sedih, tapi perasaan sedih ini biasanya cepat berlalu dalam beberapa hari. Kesedihan adalah reaksi normal dalam perjuangan hidup, kemunduran, dan kekecewaan. Banyak orang menggunakan kata depresi untuk menjelaskan perasaan ini tapi depresi lebih dari sekedar perasaan sedih.¹⁻³ Salah satu bentuk gangguan mood yang sering terjadi pada semua usia di masyarakat yaitu gangguan depresi.⁴ Depresi merupakan gangguan mental umum yang muncul dengan mood sedih, kehilangan minat, penurunan gairah atau tenaga, merasa rendah diri, gangguan tidur atau nafsu makan, dan

konsentrasi menurun. Gangguan ini dikatakan dengan seiring bertambah usia, insiden kejadiannya juga meningkat.⁵ Gangguan depresi berat dengan gejala psikotik adalah depresi yang parah walau bukan penderita psikotik.⁶

Sebuah penelitian di Amerika Serikat didapatkan bahwa gangguan depresif berat terjadi pada 13 sampai 14 juta orang dewasa di Amerika Serikat dan mengakibatkan penderitaan yang signifikan bagi penderitanya dalam hidup.⁷ Gangguan depresif berat sekarang telah menjadi 2 masalah kesehatan yang serius dimana diperkirakan gangguan ini akan menduduki peringkat kedua penyebab disabilitas pada

tahun 2020, setelah penyakit kardiovaskular.⁸ Gangguan depresif berat rata-rata dimulai pada usia 40 tahun (20-50 tahun). Epidemiologi ini tidak tergantung ras dan tak ada korelasi dengan sosioekonomi.⁹ Hal ini berhubungan dengan tingginya tingkat kecemasan pada wanita, perubahan estradiol dan testosteron saat pubertas, atau persoalan sosial budaya yang berhubungan dengan perkembangan kedewasaan pada wanita.¹⁰ Kenyataannya, depresi merupakan penyebab kesakitan pada wanita dengan pendapatan tinggi dan menengah dibandingkan dengan pendapatan rendah. Penelitian pada negara berkembang menyatakan bahwa ibu dengan depresi akan berpengaruh terhadap tingkat pertumbuhan anaknya.¹¹

Dasar umum untuk gangguan depresi berat tidak diketahui, tetapi diduga faktor biologis, faktor genetik, faktor psikososial berperan.⁹ Gangguan depresif dapat diobati dan dipulihkan melalui konseling/psikoterapi dan beberapa diantaranya memerlukan tambahan terapi fisik maupun kombinasi keduanya. penatalaksanaan yang komprehensif sangat diperlukan karena terdapat beberapa faktor yang saling berinteraksi untuk timbulnya gangguan depresif. Jenis terapi bergantung dari diagnosis, berat penyakit, umur penderita, dan respon terhadap terapi sebelumnya. Terapi gangguan depresif memerlukan peran serta individu yang bersangkutan, keluarga maupun praktisi medis dan paramedis yang profesional. Berdasarkan hal tersebut, kasus ini penulis angkat sebagai salah satu bentuk tanggung jawab sebagai praktisi medis agar dapat mengenal penyakit ini lebih rinci.

Kasus

Pasien, perempuan 30 tahun, pendidikan terakhir sekolah menengah atas (SMA), agama Islam, suku Jawa, tinggal di Dusun Sidomulyo, Kalianda. Telah dilakukan autoanamnesis pada tanggal 30 Mei 2014 dan alloanamnesis pada tanggal 31 Mei 2014 pukul 19.00 WIB via telepon dari suami pasien, seorang sarjana muda, usia 43 tahun, pekerjaan sebagai nelayan. Pada saat anamnesis dilakukan, pasien terlihat sesuai usianya memakai seragam Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Provinsi Lampung, baju kaos jingga dengan 3 garis biru di lengannya dan celana olahraga biru dengan 3 garis berwarna jingga, perawakan kurus dengan tinggi badan sedang, kulit kuning langsat, rambut lurus sedikit acak-acakan

dengan kulit bersih dan terawat. Pada dahi terlihat adanya luka lecet. Selama wawancara kontak mata dengan pemeriksa baik dan pasien kooperatif. Pembicaraan pasien spontan, lancar, intonasi sedang, volume cukup, kualitas cukup, artikulasi jelas dan kuantitas cukup. Pasien bisa menyebutkan nama, umur, alamat dan yang mengantar dengan benar.

Berdasarkan autoanamnesis, pasien dibawa ke RSJ diantar oleh suami, kakak kandungnya, dan teman suaminya oleh karena merasa dirinya sudah meninggal sehingga sering melakukan percobaan bunuh diri. Pasien mengaku bahwa di rumah pasien lebih banyak murung, diam, dan melamun, berkurang nafsu makan serta menarik diri dari lingkungan.

Kejadian ini berawal kurang lebih sejak 1 tahun yang lalu, tepatnya bulan Februari 2013, saat itu pasien sedang hamil anak ketiganya dan usia kehamilan 7 bulan. Pasien mendapati kakak laki-lakinya sedang mabuk berat. Melihat hal yang terjadi, dengan spontan pasien menampar kakaknya dengan keras yang mengakibatkan kakaknya muntah, kesurupan dan terdapat bekas tamparan di wajahnya. Pasien melakukan hal tersebut karena pasien kecewa terhadap apa yang telah dilakukan kakaknya, padahal pasien sangat menyayangnya. Setelah melakukan tamparan itu, pasien merasa menyesal terhadap apa yang telah dilakukannya. Sejak saat itu pasien menjadi pribadi yang sering menarik diri, sering berdiam diri dan mulai tidak memperdulikan lingkungannya. Keluhan semakin hari semakin memberat. Pasien mengaku bahwa dirinya sudah tidak lagi mengurus anak dan suaminya karena kehilangan semangat untuk hidup. Sampai pada akhirnya pasien menyebut dirinya mayat ajaib dan merasa badannya kosong. Pasien juga pernah mencoba untuk menceburkan dirinya ke sumur karena menganggap ada suara perempuan yang memanggil namanya dari arah sumur.

Pasien merupakan anak keempat dari 9 bersaudara. Sejak lahir, ia dirawat dan diasuh oleh kedua orang tuanya. Pasien menceritakan bahwa ayahnya dulu pernah memiliki riwayat penyakit jiwa seperti yang dialaminya. Menurut pasien, ia sudah menikah selama kurang lebih 10 tahun setelah pasien lulus SMA. Menikah dengan orang pilihannya dan dikaruniai 3 orang anak.

Dari alloanamnesis yang didapat dari suami pasien, suaminya menceritakan bahwa orang tua pasien memang tidak menyukai

dirinya. Selain itu hubungan mereka terutama di awal pernikahan sering tidak baik. Mereka sering bertengkar dan saat bertengkar sering terjadi kontak fisik. Namun sampai saat ini suaminya masih menyayangi pasien. Awalnya suami menganggap keluhan yang sering dialami pasien terjadi karena psikis pasien yang terganggu akibat akan melahirkan, suami pasien tetap mencoba menenangkan pasien. Namun setelah melahirkan keluhan tidak berkurang. Pasien cenderung lebih sering mencoba untuk membuktikan bahwa pasien adalah mayat ajaib.

Pernah suatu ketika tanpa sepengetahuan suaminya, pasien membeli gergaji dan mencoba untuk menggergaji dirinya dengan tujuan ingin membuktikan kepada suami dirinya tidak berbohong. Kejadian tersebut dapat dicegah oleh suami pasien. Kemudian setelah beberapa hari dari kejadian tersebut, pasien melakukan hal yang sama namun suami tidak mengetahuinya. Suami baru mengetahui setelah diceritakan oleh keponakannya dan setelah melihat gergaji tersebut, tampak terdapat rambut yang menempel yang membuktikan bahwa pasien memang mencoba untuk membunuh dirinya.

Satu minggu sebelum masuk rumah sakit, pasien mencoba untuk membuktikan bahwa dirinya memang sudah tidak bernyawa lagi. Pasien ingin memperlihatkan kepada suaminya bahwa didalam kepalanya udah tidak terdapat organ otak lagi. Pasien kemudian mencoba menyayat dahinya. Hal tersebut membuat dahi pasien terluka dan kemudian pasien dibawa ke bidan desa untuk dilakukan pengobatan. Bidan tersebut menyarankan agar pasien di bawa berobat ke psikiater. Namun, pasien marah dan tersinggung karena dia merasa bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa. Pasien mengatakan jika memang tidak percaya pasien meminta untuk di *rontgen*, dan memperlihatkan bahwa organ otaknya memang sudah tidak ada. Akhirnya, setelah berdiskusi dengan adik pasien, suami, dan kakak pasien mengantar pasien ke RSJ. Di RSJ pun, pasien masih menantang suami dan kakaknya untuk melakukan *scanning* dan *rontgen* demi meyakinkan keduanya bahwa tubuh pasien itu kosong dan dia sudah meninggal.

Menurut suaminya, pasien sebenarnya sudah lama ingin dibawa berobat, namun keluarga dari pasien menolak hal tersebut. Keluarga menyarankan agar pasien dibawa berobat ke paranormal. Bahkan keluarga menyalahkan pasien karena menurut keluarga,

suaminya yang menyebabkan pasien menjadi seperti ini.

Dari pemeriksaan fisik, didapatkan status general, status neurologi, dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Status psikiatri, didapatkan kesan umum pasien tampak berpakaian tidak rapi, roman muka tampak sesuai umur, tampak sedih, kurang konsentrasi, dan jarang mengalihkan pandangan, mood/afek sedih/hypothimia. Arus pikir kurang produktif, koheren, relevan, tidak ditemukan hendaya berbahasa, isi pikir terdapat waham nihilistik dan waham bersalah. Persepsi terdapat halusinasi auditorik dan terdapat ilusi. Pemahaman pasien akan penyakitnya adalah tilikan 1. Taraf dapat dipercaya.

Diagnosis multiaxial pasien adalah axis I: episode depresif berat dengan gejala psikotik (F32.3); axis II: belum dapat dievaluasi; axis III: saat ini tidak ditemukan; axis IV: masalah dengan *primary support group* (keluarga); axis V: GAF 60-51. Pasien mendapatkan terapi yaitu farmakoterapi berupa fluoxetine 1x20 mg, dan risperidone 2x1 mg, serta psikoterapi suportif berupa ventilasi, konseling, dan psikoedukasi.

Pembahasan

Depresi adalah suatu periode terganggunya fungsi manusia yang dikaitkan dengan perasaan yang sedih serta gejala penyertanya, dimana mencakup hal-hal seperti perubahan pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, rasa lelah, anhedonia, rasa tak berdaya dan putus asa dan bunuh diri.⁹ Angka kejadian gangguan depresi meningkat sekitar 2-3 kali dari populasi umum pada individu yang memiliki riwayat gangguan depresi di keluarganya¹². Adapun faktor psikososial yang berperan seperti penurunan rasa percaya diri, kemampuan mengadakan hubungan intim, perpisahan, kemiskinan, kesepian, penyakit fisik, dan penurunan interaksi sosial.¹³

Diagnosis gangguan depresi dapat ditegakkan berdasarkan PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III). Gangguan depresi dapat dibedakan menjadi episode depresif ringan, sedang dan berat menurut banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seorang.¹⁴ Kriteria penggolongan diatas berdasarkan atas gejala utama dan gejala lain. Adapun gejala utama ada tiga 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) dan menurunnya aktifitas. Sedangkan gejala lainnya ada tujuh yaitu (1) konsentrasi dan perhatian berkurang; (2) gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna; (3) harga diri dan kepercayaan diri berkurang; (4) pandangan masa depan yang suram dan pesimistis; (5) gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri; (6) nafsu makan berkurang dan tidur terganggu (7). Episode depresi berat dapat ditegakkan dengan tiga gejala utama harus ada, ditambah minimal empat dari gejala lainnya dan beberapa harus berinteraksi berat, berlangsung minimal dua minggu atau kurang dapat dibenarkan jika terjadi gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat dan sangat tidak mungkin akan bisa meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga.¹² Episode depresi berat dengan gejala psikotik merupakan depresi yang parah walau bukan penderita psikotik. Diagnosis gangguan ini ditegakkan berdasarkan adanya gejala episode depresif berat ditambah dengan gejala psikotik. Gejala psikotik yang didapatkan seperti adanya waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood congruent*).¹⁴

Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik, dan status psikiatri pasien memang mengalami depresi berat dengan gejala psikotik. Dimana sudah memenuhi semua gejala yaitu afek depresif, mudah lelah atau tidak bertenaga, dan hilang minat dan kegembiraan yang berlangsung minimal 2 minggu dan memenuhi 5 gejala lainnya berupa konsentrasi menurun, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, merasa diri penuh dosa, ada gagasan bunuh diri, dan gangguan tidur serta nafsu makan berkurang yang disertai waham dan halusinasi, serta ilusi. Hal ini diperkuat oleh faktor genetik dimana ayah pasien memiliki riwayat gangguan jiwa dan psikososial pasien yang tertekan akibat pernikahan dengan suaminya yang kerap kali mengalami perselisihan serta tekanan dari orang tua pasien yang dari awal tidak menyukai suaminya.

Gangguan depresi dapat didiagnosis dan diterapi di tingkat pelayanan primer. Beberapa fase pengobatan sesuai dengan perjalanan gangguan depresif, yaitu fase akut bertujuan untuk meredakan gejala, fase kelanjutan untuk mencegah relaps, fase pemeliharaan/rumatan untuk mencegah rekuren. Adapun terapi yang diberikan terdiri dari dukungan psikososial yang dikombinasikan dengan pengobatan antidepresan atau psikoterapi seperti *cognitive behavior therapy*, *interpersonal psychotherapy* atau *problem-solving treatment*.^{15,16}

Antidepresan merupakan terapi pilihan utama pada depresi sedang hingga berat, tetapi bukan merupakan terapi pilihan utama pada kasus depresi ringan. Di samping terapi dari spesialis ataupun pelayanan primer, pendekatan dengan *self-help* juga penting dalam pendekatan untuk membantu penyembuhan pasien depresi. Pendekatan yang inovatif meliputi *self-help book* atau program *internet-based self-help* mampu membantu menekan atau menangani depresi seperti yang dinyatakan dalam berbagai penelitian di negara barat.¹⁷⁻¹⁹

Efek antidepresan yang diberikan mulai muncul dalam 1-3 bulan, sebelum dapat mengurangi atau menghilangkan gejala meskipun efek yang didapatkan telah memberikan hasil yang baik dalam 2-3 minggu. Obat antidepresan yang digunakan dalam mengatasi depresi mencakup golongan trisiklik, tetrasiklik, *monoamine oxydase inhibitor reversible*, *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI), dan atipikal. Obat SSRI merupakan lini pertama pengobatan depresi.²⁰

Pasien ini diberikan tatalaksana farmakologi fluoxetine 1x20 mg karena obat tersebut merupakan terapi lini pertama pengobatan depresi.^{17,18} Fluoxetine merupakan obat golongan SSRI yang digunakan untuk pengobatan depresi. Obat ini bekerja dengan menghambat resorpsi dari serotonin. Kerja obat ini menghambat re-uptake serotonin dan noradrenalin dan tidak bersifat selektif. Dosis terapi obat ini yaitu 20 mg/hari (pagi), maksimal 80 mg/hari (dalam dosis tunggal atau terbagi). Efek samping yang dapat ditimbulkan yaitu gagal ginjal berat, hipersensitif terhadap fluoxetin, penggunaan bersama monoamin oksidase (MAO).²¹⁻²³

Pengobatan lain yang diberikan adalah risperidone 2x1 mg. Risperidone merupakan jenis antipsikotik atipikal. Mekanisme kerja obat ini yaitu dengan memblok dopamin pada

reseptornya di pasca sinaptik pada otak khususnya sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal. Obat ini selain berafinitas dengan *Dopamin D2 receptors* juga terhadap *Serotonin 5HT2 receptors* sehingga efektif untuk gejala positif dan negatif. Dosis terapi yang digunakan yaitu 4-6 mg perhari. Efek samping yang bisa terjadi seperti sedasi, sakit kepala, mual, muntah, konstipasi, insomnia dan berdebar.²¹⁻²³

Sekitar dua per tiga pasien yang mengalami gangguan depresif berat akan pulih sempurna. Sepertiga pasien akan pulih parsial atau tidak sama sekali.⁷ Pasien yang tidak pulih secara komplit mempunyai risiko kambuh yang lebih tinggi.²⁴ Jika penderita mengalami gangguan depresif berat, dan gejalanya sangat membuat tidak berdaya maka perlu diketahui bahwa anti depresan tidak menyembuhkan gangguan depresif, tetapi mengurangi sampai menghilangkan gejala. Psikoterapi akan membantu penderita belajar adaptasi diri menghadapi permasalahan yang muncul dalam kehidupannya yang berpotensi mencetuskan gangguan depresif. Pola pikir negatif dan sikap pesimistik perlu digantikan dengan perilaku yang diubah melalui pendekatan psikoterapi. Psikoterapi merupakan terapi yang digunakan untuk menghilangkan atau mengurangi keluhan-keluhan dan mencegah kambuhnya gangguan psikologik atau pola perilaku maladaptif. Terapi dilakukan dengan jalan pembentukan hubungan profesional antara terapis dengan penderita.²⁵

Electro Convulsive Therapy (ECT) merupakan terapi pilihan pada pasien dengan risiko bunuh diri yang tinggi dan penyakit berat yang respon terhadap antidepresan kurang baik. Prosedur ini merupakan terapi yang melewati arus listrik ke otak. Prosedur ini tidak dianjurkan pada beberapa keadaan, diantaranya usia yang masih terlalu muda (kurang dari 15 tahun), masih sekolah atau kuliah, mempunyai riwayat kejang, psikosis kronik, kondisi fisik kurang baik, wanita hamil dan menyusui. Selain itu, prosedur ECT dikontraindikasikan pada penderita yang menderita epilepsi, tuberkulosis milier, tekanan tinggi intrakranial, dan kelainan infark jantung.²⁵

Selain penatalaksanaan farmakologis, pada pasien ini dilakukan psikoterapi suportif yaitu ventilasi (memberikan kesempatan kepada pasien untuk menceritakan keluhan dan isi hati serta pikiran sehingga mengurangi beban pasien), konseling (memberikan pengertian kepada pasien tentang penyakitnya dan

memahami kondisinya lebih baik dan menganjurkan untuk berobat teratur), dan psikoedukasi (memberikan penjelasan pada keluarga pasien dan orang sekitar pasien untuk memberikan dorongan dan menciptakan lingkungan yang kondusif). Psikoterapi bermanfaat untuk mengurangi atau menghilangkan keluhan-keluhan dan mencegah kambuhnya pola perilaku maladaptif atau gangguan psikologik. Psikoterapi dapat diberikan secara individual, kelompok, atau pasangan sesuai dengan gangguan psikologis yang dialaminya.⁹

Prognosis pasien ini ditegaskan berdasarkan kondisi yang memperingan dan memperberat. Kondisi yang memperingan dan memperberat, baik yang dapat diintervensi maupun yang tidak dapat diintervensi. Pada pasien ini, kondisi yang memperingan adalah pemahaman suami mengenai penyakit yang diderita pasien (dapat diintervensi). Sedangkan kondisi yang memperberat adalah permasalahan ekonomi, dukungan dan pemahaman keluarga tentang penyakit pasien (dapat diintervensi) serta genetik (ayah) dan penyakit didapatkan saat usia muda, sehingga prognosis pada pasien ini baik *quo ad vitam*, *quo ad functionam*, dan *quo ad sanationam* adalah dubia ad malam

Simpulan

Gangguan jiwa yang dialami oleh pasien ini disebabkan oleh berbagai macam faktor. Untuk itu, perlu adanya kerjasama dan komunikasi yang baik dari dokter maupun pasien. Selain itu peran keluarga dalam memberikan dukungan kepada pasien juga sangat diharapkan, sehingga pasien dapat menjalani pengobatan yang telah ditentukan oleh dokter untuk memperbaiki kualitas hidup pasien sendiri.

Daftar Pustaka

1. Scott BP, Sidney HK, Raymond WL, Claire O, Marie JF, Sagar VP, *et al.* Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults classification, burden and principles of management. *J Affect Disorder*. 2009; 117(Suppl 1):S5-14.
2. Goldman H. Review of general psychiatry. Edisi ke-5. New York: McGraw-Hill; 2000. hlm. 275-9.
3. Scott S. Medical report: combating depressive with exercise. *ACSM'S Health & Fit J*. 2005; 9(4):31-3.
4. Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamani E. Suicide in adolescents: a worldwide preventable tragedy. *Keio J Med*. 2009; 58(2):95-102.
5. World Health Organization. World suicide prevention day 2012 [internet]. Geneva: WHO; 2012 [disitasi pada 2014 Jul 22]. Tersedia dari:

- http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/e/
6. Maslim R. Diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ-III. Jakarta: PT Nuh Jaya; 2007. hlm. 64-5.
 7. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593-602.
 8. Charu T, George IP, Yonghua J, Ross AB, Robert AF, Gerry O. Cost effectiveness of adjunctive therapy with atypical antipsychotics for acute treatment of major depressive disorder. *The Annals of Pharmacotherapy* 2012; 46:642-9.
 9. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan dan sadock sinopsis psikiatri ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis volume 1. Edisi ke-7. Jakarta: Binarupa Aksara; 1997. hlm. 777-832.
 10. David AB. Depressive disorders in childhood and adolescence. Dalam: Michael E, Peter L, Barry N, James L, editor. *Current diagnosis & treatment psychiatry*. Edisi ke-2. New York: McGraw-Hill; 2008. hlm. 601-5.
 11. Rahman A, Patel V, Maselko J, Kirkwood B. The neglected 'm' in MCH programmes—why mental health of mothers is important for child nutrition. *Trop Med Int Health*. 2008; 13(4):579-83.
 12. Rush AJ, Kraemer HC, Sackeim HA, Fava M, Trivedi MH, Frank E. Report by the ACNP task force on response and remission in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2006; 31:1841-53.
 13. Burke HM, Davis MC, Otte C, Mohr DC. Depression and cortisol responses to psychological stress: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2005; 30:846-56.
 14. Belmaker RH, Galila A. Major depressive disorder. *New Eng J Med*. 2008; 358:55-68.
 15. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, *et al*. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised 8 controlled trial. *The Lancet*. 2010; 376(9758):2086-95.
 16. Amir N. Buku ajar psikiatri. Edisi ke-2. Jakarta: FKUI; 2013.
 17. Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, Lewis G, *et al*. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*. 2008; 22(4):343-96.
 18. Hewitt J, Garforth H. Guidance on the use of Antidepressants, for the Treatment of Unipolar Depression and Anxiety Spectrum Disorders in adults [Internet]. Sussex: NHS Foundation Trust; 2008 [diperbarui 2011 Apr; disitasi pada 2014 Jul 25] Tersedia dari:
<http://www.sussexpartnership.nhs.uk/component/jdownloads/finish/2029/2668?Itemid=0>.
 19. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practica health care: a meta-analysis. *PLoS One*. 2010; 5(10):1-6.
 20. James B, Michael AB, Murali D, Lana W, Benson MH, Krista AB, *et al*. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*. 2007; 69:587- 96.
 21. Maslim R. Panduan praktis penggunaan klinik obat psikotropik. Edisi ke-3. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya; 2007.
 22. Mycek MJ, Harvey RA, Champe PC, Fisher BD. *Farmakologi ulasan bergambar*. Edisi ke-2. Jakarta: Widya Medika; 2001. hlm 120-26.
 23. Nafrialdi, Setawati A. *Farmakologi dan terapi*. Edisi ke-5. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2007. hlm 171-6.
 24. Ken D, Shelton R. *Depression*. Virginia: National Alliance on Mental Illness; 2012. hlm. 1-25.
 25. Direktorat Jendral Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan. *Pharmaceutical care untuk penderita gangguan depresif*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2007.