Kombinasi Farmakoterapi dan Psikoterapi Pada Pengobatan Episode Depresif Sedang Dengan Gejala Somatis

Seulanga Rachmani, Diana Mayasari
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Episode depresif merupakan diagnosis kejiwaan yang termasuk dalam kelompok diagnosis gangguan mood afektif. Kelainan fundamental dari gangguan jiwa kelompok ini adalah adanya perubahan yang nyata pada 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 24 tahun datang ke poliklinik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung dengan keluhan utama merasa sedih yang berlebihan sejak tiga minggu yang lalu setelah dirinya didiagnosis menderita kista folikuler oleh dokter spesialis kandungan. Pasien telah mendapatkan penjelasan bahwa kista tersebut dapat sembuh sendiri apabila pasien memiliki anak lagi, namun pasien tetap merasa khawatir dan tidak bisa melawan rasa sedihnya ketika mengingat kondisinya tersebut. Pasien juga menjadi malas bekerja dan beraktivitas, lebih sering di rumah, dan mengalami gangguan tidur, sakit kepala, serta pegal-pegal pada tubuhnya. Pada pemeriksaan fisik tidak didapatkan kelainan klinis sedangkan pada pemeriksaan psikiatri didapatkan gangguan berupa mood hipotimia dengan afek yang sempit dan serasi, tidak didapatkan gangguan isi pikir dan tidak didapatkan gangguan persepsi. 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 psikososial, dan aksis V: Global Assestment of Functioning (GAF) score 70-61 (pada saat pemeriksaan). Pasien mendapatkan terapi psikofarmaka dengan obat antidepresan golongan Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) Fluoxetin 1x10 mg dan obat antiansietas golongan benzoiazepine Merlopam 2x5 mg yang dikombinasikan dengan psikoterapi suportif Cognitive Behavioural Therapy (CBT). Kombinasi pemberian obat tersebut memiliki efek samping yang minimal dan tingkat keberhasilan yang lebih baik. Episode depresif pada pasien ini disebabkan oleh kekhawatiran pasien yang berlebihan terhadap penyakit kista folikel yang dideritanya.

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

Combination Of Pharmacotherapy And Psychotherapy On The Treatment Of Moderate Depressive Episode With Somatic Symptoms

Abstract

Depressive episode is a psychiatric Diagnoses which is included in the mood affective group disorder. The fundamental abnormality of this group disorders is the presence of a marked changing in mood or affect towards depression state which characterized by glooming, lethargy, lack of passion, the feeling of worthless, and hopeless. A 24 years old woman, came to polyclinic psychiatry hospital Provinsi Lampung with a chief complaint of having excessive sad feeling since three weeks ago after she was diagnosed with follicular cysts by an obstetrician. The patient already had the explanation that these cysts is a self limiting desease if she have more children, but she is still worried and can't fight her sadness when she remembers her disease. She now feel lazy to work, more often stay at home, she also have sleep problem, feel headache, and sore on her body. Physical examination found no clinical abnormalities while psychiatric examination found abnormities in mood as hipotimia with harmonious narrow affect, without thought disorder and persepsion disorder. 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 psychosocial, and Axis V: Global Assessment of Functioning (GAF) score of 70-61 (at present time). Patient was treated with pharmacotherapy antidepression group Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) fluoxetine 1x10 mg and antianxietas group benzoiazepine Merlopam 2x5 mg which combined with psychotherapy Cognitive Behavioural Therapy (CBT). The combination of these drugs has minimal side effects and better success rates. The depressive episodes in this patient is caused by her excessive fears toward her follicular cysts disease.

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

Korespondensi : Seulanga Rachmani, Jl. Imam Bonjol Gg. Madani No.26 Kemiling Bandar lampung, HP 082181929668, email seulanga.rachmani112@gmail.com

Pendahuluan

Episode depresif merupakan diagnosis kejiwaan yang termasuk dalam kelompok diagnosis gangguan suasana perasaan (gangguan *mood* afektif). Kelainan fundamental dari gangguan jiwa kelompok ini adalah adanya perubahan yang nyata pada suasana perasaan (*mood*) atau afek menuju ke arah depresi.[1]

World Health Organization (WHO), telah mendefinisikan depresi sebagai suatu bentuk gangguan mental yang ditandai dengan adanya

beberapa gejala yang meliputi: penurunan *mood*, kehilangan minat terhadap sesuatu, dan perasaan bersalah, yang disertai dengan adanya gangguan pada pola tidur, penurunan pada nafsu makan, kehilangan energy, atau penurunan konsentrasi.[2] WHO juga menyatakan bahwa depresi merupakan gangguan mental yang serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan kekhawatiran.[3]

Menurut WHO terdapat lebih dari 300 juta orang di dunia dari segala umur yang menderita depresi.[4] Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menyatakan prevalensi gangguan mental emosional termasuk depresi pada penduduk Indonesia adalah sekitar 6,0%, dan prevalensi ganguan mental emosional di provinsi Lampung sendiri adalah sekitar 1,2%.[5] Pada perempuan gangguan depresi dapat terjadi dengan prevalensi sekitar 25% dan pada pria dapat mencapai 15% dalam seumur hidup.[1] *World Health Organization* (WHO) memprediksi pada tahun 2020 nanti depresi akan menjadi salah satu penyakit mental yang paling banyak dialami oleh masyarakat di dunia.[4]

Depresi timbul sebagai akibat interaksi yang kompleks dari faktor-faktor sosial, psikologis dan biologis. Orang-orang yang mengalami banyak permasalahan dalam kehidupan seperti pengangguran, kematian, dan trauma psikologis lebih mungkin untuk mengalami depresi. Selain hal tersebut, terdapat juga hubungan timbal balik antara depresi dan kesehatan fisik, misalnya penyakit kardiovaskular yang dapat menyebabkan depresi dan begitu pula sebaliknya.[4]

Gangguan depresi pada umumnya akan menghilang dalam beberapa hari namun dapat juga berkelanjutan dan mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Pada keadaan ini, depresi tersebut telah menjadi gangguan kejiwaan yang berpengaruh terhadap kehidupan, dan hampir selalu menghasilkan hendaya pada fungsi interpersonal, sosial dan pekerjaan. Dampak depresi bagi kehidupan pasien lebih sering berdiam diri di rumah dan merasa nafsu makan menurun dan mengganggu aktifitas pasien.[2]

Ada banyak terapi yang dapat digunakan untuk mengatasi depresi yaitu melalui psikoterapi menggunakan terapi aktivasi perilaku, terapi perilaku kognitif, dan terapi interpersonal, atau menggunakan psiko-farmaka dengan obat antidepresan dan obat *antianxietas*. Michael Fredman menyatakan bahwa kombinasi antara psikofarmaka dan psikoterapi terbukti dapat meningkatkan efektifitas terapi.[6]

Kasus

Seorang wanita usia 24 tahun datang berobat ke poliklinik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung ditemani oleh suami dan orang tuanya dengan keluhan utama merasa sedih yang berlebihan sejak tiga minggu yang lalu. Pada anamnesis didapatkan pasien merasa sedih setelah dirinya didiagnosis menderita kista folikel oleh seorang dokter spesialis kandungan tiga bulan sebelum ke RS Jiwa pasien telah mendapatkan penjelasan oleh dokter kandungannya bahwa kista tersebut dapat sembuh dengan sendirinya apabila ia memiliki anak lagi, namun ia tidak dapat melawan rasa sedih ketika mengingat kondisinya tersebut mungkin membuat ia tidak bisa mempunyai anak lagi semejak 2 bulan terakhir.

Sekitar tiga minggu yang lalu pasien telah pergi ke tiga dokter spesialis kandungan yang berbeda, dan ketiganya menyatakan bahwa pada dirinya tidak terdapat kelainan berupa kista folikel, namun ia masih tetap merasa sedih dengan penyakit yang ia derita. Sejak saat itu juga ia lebih sering berdiam diri di dalam rumah. Ia merasa nafsu makannya menurun, sulit untuk memulai tidur, dan pada saat tidur sering terbangun di malam hari secara tiba-tiba, sehingga kualitas tidurnya pun menjadi terganggu dan sering merasakan sakit kepala serta pegal pada tubuhnya. Ia juga menjadi malas bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari, sehingga pekerjaan rumah tangga lebih banyak dikerjakan oleh saudaranya.

Pasien tidak pernah mengalami keluhan yang sama sebelumnya. Ia tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, trauma kepala sebelumnya, kejang saat kecil, asma maupun alergi obat. Ia tidak pernah mengkonsumsi rokok, narkoba, minuman keras dan sebagainya, namun pasien mengaku jarang berolahraga.

Pasien merupakan anak kedua dari tiga saudara. Sejak lahir pasien tinggal bersama orang tua dan dua saudaranya. Kedua orang tua memberi perhatian yang sama kepada setiap anaknya. Pasien memiliki hubungan yang baik dengan orang tua, dan saudaranya.

Menurut orang tua pasien lahir normal, cukup bulan, dibantu dokter langsung menangis, dan tidak ada kecacatan waktu lahir. Pasien mendapat air susu ibu (ASI) selama dua tahun, riwayat imunisasi lengkap dan tidak memiliki gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangan. Semasa kanak-kanak hingga remaja pasien mempunyai banyak teman, dan tergolong anak yang aktif baik di lingkungan sekitar rumah maupun di lingkungan sekolah. Pasien menempuh pendidikan hingga S-1 dan ia mempunyai keinginan untuk melanjutkan pendidikannya ke jenjang yang lebih tinggi. Pasien beragama Islam, orang tua telah mengajarkan pasien, sholat, mengaji, dan ilmu tentang agama Islam sejak pasien masih kecil, dan selama ini ia juga taat beribadah.

Pasien sudah menikah selama kurang lebih tiga tahun dengan orang yang ia pilih. Ia mempunyai satu orang anak laki-laki berusia dua tahun. Sejak 2 tahun yang lalu mereka sangat ingin mempunyai anak perempuan, namun hingga saat ini belum mendapatkannya. Suaminya selalu menyindir ingin memiliki anak perempuan. Pasien selalu merasa sedih setiap suaminya menyindir ingin memiliki anak perempuan. Kebutuhan keluarga sehari-hari dipenuhi bersama antara keduanya. Pasien bekerja sebagai guru SD dan ibu rumah tangga. Pasien dikenal di lingkungan rumah dan lingkungan pekerjaannya sebagai sosok yang ceria, dan tidak ada konflik antara dirinya dengan suaminya maupun dengan teman kerjanya. Saat ini pasien, suami, dan anaknya tinggal satu rumah bersama dengan kedua orang tua dan dua saudaranya, karena kondisi yang dialaminya sejak tiga minggu terakhir ini.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien baik, kesadaran baik, tekanan darah pasien 110/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 19 x/menit, suhu 36,7 ^{o}C. Status generalis dan status neurologis pasien berada dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium pasien yaitu Hb: 12 gr/dl, Ht: 36%, leukosit: 5000/mm^3, Trombosit: 210.000/mm^3, eritrosit: 4,7 juta/mm^3

Pada pemeriksaan status mental, didapatkan pasien berada dalam kondisi *composmentis*, penampilan rapi, sikap kooperatif. Perilaku tenang, namun kontak mata dengan pemeriksa kurang. Pasien berbicara spontan, lancar, intonasi sedang, volume cukup, kualitas cukup, artikulasi jelas, kuantitas cukup. Selama wawancara pasien lebih banyak bersedih dan menundukkan kepalanya sehingga disimpulkan bahwa *mood* pasien adalah hipotimia dengan afek yang sempit. Pada pemeriksaan Isi pikir pasien terdapat adanya ide kekhawatiran dan tidak didapatkan adanya waham. Bentuk pikir realistik, arus pikir koheren, keserasian baik, produktivitas baik, kontinuitas baik, dan tidak didapatkan hendaya bahasa. Pasien juga tidak mengalami halusinasi maupun gangguan persepsi lainnya. Penilaian fungsi kognitif menunjukkan bahwa kecerdasan pasien baik, konsentrasi kurang, orientasi (waktu, tempat dan orang) baik. Daya ingat jangka panjang, jangka menengah, jangka pendek, dan jangka segera juga baik. Penilaian pasien dalam norma sosial dan uji daya nilai tidak terganggu. Dalam penilaian diri, pasien merasa dirinya sakit, mengetahui penyebabnya namun tidak dapat menerapkan dalam praktiknya.

Diagnosis pada pasien ini dibuat secara multiaksial dengan diagnosis pada aksis I: Episode depresif sedang dengan gejala somatik berupa cephalgia dan myalgia (F.32.11), pada aksis II: tidak ada diagnosis, aksis III: tidak ada diagnosis, aksis IV: masalah dengan psikososial, aksis V: *Global Assestment of Functioning* (GAF) 70 - 61 (pada saat dilakukan pemeriksaan). Pasien mendapatkan terapi psikofarmaka dengan antidepresan golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)* (Fluoxetin 1 x 10 mg) dan obat antiansietas golongan benzoiazepine (Merlopam 2x5 mg) yang dikombinasikan dengan psikoterapi suportif *Cognitive-Behavioural Therapy* (CBT).

Pembahasan

Menurut Pedoman Penggolongan Dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ-III) gangguan jiwa ditandai dengan adanya gejala klinis yang bermakna, dapat berupa suatu sindrom atau pola perilaku atau pola psikologik yang menimbulkan *distress* atau penderitaan pada seseorang, antara lain dapat berupa: rasa nyeri, rasa tidak nyaman, rasa tidak tenteram, dan disfungsi organ tubuh, serta dapat menimbulkan kecacatan atau keterbatasan sesorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari.[1] Pada pasien ini ditemukan adanya gangguan pada suasana perasaan yang menimbulkan *distress* dan kecacatan di dalam kehidupan sehari-hari dan kehidupan sosialnya, contoh pada pasien ini mengeluhkan badan terasa pegal-pegal dan malas melakukan

aktifitas sehari-hari sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien ini mengalami gangguan jiwa.

Di dalam PPDGJ-III dijelaskan bahwa gangguan suasana perasaan (*mood*/afektif) merupakan kelompok penyakit yang memiliki kelainan fundamental pada perubahan suasana perasaan (*mood*) atau afek, biasanya kearah depresi, atau ke arah elasi (suasana perasaan yang meningkat). Depresi (F32) adalah gangguan afektif yang ditandai dengan suasana perasaan yang murung, hilangnya minat dan kegembiraan, serta berkurangnya energi untuk aktivitas sehari-hari.[1]

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

Berdasarkan tingkatannya, depresi dapat dikelompokkan menjadi ringan, sedang, dan berat sesuai dengan banyaknya dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan. 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 minimal dua minggu lamanya serta menghadapi kesulitan yang nyata untuk meneruskan kegiatan sehari-hari dan kegiatan sosialnya.[1]

Proses diagnosis gangguan jiwa berdasarkan 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 kepribaian 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]

Berdasarkan data yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan rekam medik diketahui bahwa pasien tidak mempunyai riwayat demam tinggi, riwayat kejang, riwayat kelainan organik, maupun riwayat pemakaian zat-zat psikoaktif sehingga diagnosis (F.0) gangguan mental organik dan juga (F.1) penggunaan zat-zat psikoaktif menjadi dapat disingkirkan. Pada pemeriksaan status mental pasien tidak didapatkan adanya gejala psikotik, waham maupun halusinasi sehingga diagnosis (F.2) skizofrenia juga dapat disingkirkan. Pada pasien didapatkan adanya gangguan afektif yaitu *mood* hipotimia, afek sempit dengan kesesuaian yang serasi sehingga diagnosis (F.3) gangguan *mood* [afektif] dapat dimasukkan. Pada pasien juga didapatkan keluhan berupa perasaan sedih, menyendiri, mudah lelah dan malas bekerja, yang baru pertama kali dirasakan pasien sejak tiga minggu lalu sehingga diagnosis pasien 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) harga diri maupun percaya diri yang berkurang, (3) tidur terganggu, disertai dengan gejala somatis berupa sakit kepala dan pegal pada tubuh, sehingga diagnosis klinis aksis I yang tepat adalah (F.32.11) episode depresif sedang dengan gejala somatik.

Pada anamnesa terhadap riwayat kehidupan pribadi yang dialami pasien tidak didapatkan adanya gangguan tumbuh kembang pada usia kanak-kanak dan remaja dan pasien dapat menyelesaikan pendidikan SD hingga sarjana dengan baik. Penilaian fungsi kognitif pasien menunjukkan bahwa kecerdasan dan baik, namun daya konsentrasi kurang. Daya ingat jangka panjang, jangka menengah, jangka pendek, dan jangka segera juga baik sehingga diagnosis pada aksis II adalah tidak ada diagnosis.

Pada anamnesa terhadap penyakit fisik pasien ditemukan adanya gejala sakit kepala dan pegal pada tubuh, sementara pemeriksaan fisik pada pasien tidak menemukan adanya penyakit fisik, sehingga diagnosis kondisi medis pada aksis III adalah tidak ada diagnosis.

Pada anamnesa terhadap stresor psiko-sosial didapatkan bahwa pasien sering merasa sedih setelah dirinya didiagnosis menderita kista folikel oleh dokter spesialis kandungan. Sehingga pasien khawatir tidak dapat memiliki anak lagi. Meskipun telah mendapatkan penjelasan bahwa kista tersebut dapat sembuh sendiri, namun pasien tetap merasa khawatir

dan sedih hingga menangis ketika mengingat kondisinya tersebut sehingga ddiagnosis pada aksis IV adalah stresor masalah dengan psikososial.

Dengan menggunakan skala *Global Assessment of Functioning* (GAF) penilaian terhadap kemampuan pasien untuk berfungsi dalam kehidupannya pada saat dilakukan wawancara psikiatri disimpulkan bahwa pasien mengalami beberapa gejala depresi yang sifatnya sedang dan menetap, dengan disabilitas dalam fungsi yang masih bersifat ringan. Sehingga secara umum masih tergolong baik, maka pada aksis V skor GAF pasien pada saat dilakukan pemeriksaan adalah 70 - 61.

Di dalam *textbook of clinical psychiatry* disebutkan bahwa depresi lebih sering terjadi pada perempuan dengan prevalensi hampir dua kali lipat lebih besar dibandingkan laki-laki. Hal ini dapat terjadi mungkin disebabkan oleh perbedaan hormon dan perbedaan stressor psikososial antara perempuan dan laki-laki, pengaruh melahirkan, serta model perilaku yang dipelajari tentang ketidakberdayaan.[1] Depresi lebih sering terjadi rata-rata pada usia sekitar 40 tahun-an namun juga dapat timbul pada masa anak dewasa muda atau lanjut usia.[2]

Kaplan & Sadock menyebut setidaknya ada lima hal yang menjadi penyebab utama depresi yang terdiri dari faktor biologis yang berupa abnormalitas metabolit amin biogenik seperti 5-hidroksiindolasetat, asam homovanilat (HVA) dan 3-metoksi-4-hidroksi fenilglikol (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 dimana orang-orang dengan gangguan kepribaian seperti obsesif kompulsif, histrionik dan *borderline* cenderung akan lebih berisiko untuk mengalami depresi.[2]

Edward Bibring menyatakan bahwa depresi adalah fenomena yang terjadi ketika seseorang menyadari adanya perbedaan yang nyata antara keinginan dan harapan yang tinggi dengan ketidak-mampuan untuk mewujudkan hal tersebut.[7] Aaron Beck menyatakan trias kognitif depresi setidaknya mencakup tiga hal yaitu persepsi negatif terhadap diri sendiri, persepsi negatif terhadap lingkungan yakni adanya kecenderungan menganggap dunia bermusuhan dengan dirinya, dan persepsi negatif tentang masa depan yakni bayangan tentang penderitaan dan kegagalan.[7]

Terdapat sekitar 97% pasien yang mengalami depresi mengeluhkan tentang adanya penurunan energi dimana mereka merasa mengalami kesulitan dalam menyelesaikan tugas, mengalami keterbatasan dalam melakukan aktvitas, pekerjaan dan mengalami penurunan motivasi untuk terlibat dalam kegiatan baru.[7] Selain itu, sekitar 80% pasien depresi juga mengeluhkan masalah pada tidur khususnya terjaga pada dini hari (terminal insomnia) dan sering terbangun pada malam hari karena memikirkan masalah yang dihadapi.[7] Pada kebanyakan pasien juga dapat terjadi penurunan nafsu makan, serta penurunan berat badan.[7] Sekitar 33% pasien juga mungkin mengatakan perasaannya yang sedih, tidak punya harapan, dicampakkan atau tidak berharga dan biasanya terdapat pikiran untuk melakukan bunuh diri, dan sekitar 10-15% diantaranya memang melakukan bunuh diri.[7] Ada pula pasien depresi yang tidak mengakui dan tidak menyadari bahwa ia sedang mengalami depresi karena tidak mengeluh tentang adanya gangguan mood meskipun secara jelas mereka telah menarik diri dari keluarga, teman dan aktivitas yang sebelumnya dianggap menarik bagi diri mereka.[7] Hal ini sesuai dengan kondisi pasien yang menjadi malas bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari, sulit untuk memulai tidur, dan pada saat tidur sering terbangun di malam hari secara tiba-tiba, dan juga merasa nafsu makannya menurun.

Pasien ini mendapat terapi psikofarmaka dengan menggunakan antidepresan golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)* Fluoxetin 1x10 mg. Pemberian obat antidepresan dibandingkan dengan placebo menunjukkan peningkatan dan respon klinis yang lebih besar untuk terjadinya remisi dengan [NNT]= 9.[8] Pengobatan gangguan depresi dengan menggunakan antidepresan telah terbukti sebagai terapi depresi yang efektif dan dapat menurunkan risiko bunuh diri terutama pada lansia.[9] Fluoxetin merupakan

obat antidepresi yang relatif aman digunakan karena obat ini memiliki efek kardiologik dan efek samping yang minimal dibandingkan obat antidepresi dari golongan lainnya.[10] Spektrum antidepresi obat ini juga cukup luas, dengan gejala putus obat yang sangat minimal, serta *lethal dose* yang tinggi (>6.000 mg) sehingga relatif lebih aman untuk pasien yang melakukan perawatan jalan.[10]

Selain antidepresan pasien ini juga mendapat terapi psikofarmaka dengan menggunakan obat antiansietas golongan benzoiazepine Merlopam 2x5 mg. Telah diteliti bahwa semua antidepresan yang ada saat ini membutuhkan waktu tiga sampai empat minggu pengobatan untuk dapat memberikan pengaruh terapeutik yang bermakna, walaupun ada beberapa obat bisa saja dapat mulai menunjukkan pengaruhnya lebih dini.[11] Oleh karena itu antidepresan dianjurkan pemberiannya bersamaan dengan obat benzoiazepin selama dua minggu sebagai terapi simptomatis.[11] Kecuali terjadi efek samping yang tidak diinginkan, terapi antidepresan harus dinaikkan dosisnya sampai kadar maksimum yang telah direkomendasikan atau dipertahankan kadar tersebut setidaknya selama empat atau lima minggu sebelum percobaan obat dianggap tidak berhasil.[11] Apabila dianggap berhasil terapi antidepresan harus dipertahankan setidaknya selama 6 bulan atau selama episode depresi sebelumnya, bergantung mana yang lebih lama.[11] Oleh karena itu pasien dianjurkan untuk kembali kontrol ke poliklinik Rumah Sakit Jiwa setelah dua minggu kemudian untuk mendapatkan penyesuaian dosis obat.

Ada banyak penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa kombinasi farmakoterapi dan psikoterapi adalah terapi yang paling efektif untuk mengatasi gangguan depresi terutama depresi sedang hingga berat.[12] Tiga jenis psikoterapi jangka pendek yang umum digunakan yaitu terapi kognitif, terapi interpersonal, dan terapi perilaku. Namun secara keseluruhan, hanya *Cognitive-Behavioural Therapy* (CBT) atau terapi perilaku-kognitif yang ianggap sebagai psikoterapi yang paling efektif untuk mengatasi depresi, karena CBT adalah psikoterapi terstruktur yang mengenali bahwa cara manusia berpikir (*cognition*) dan cara manusia dalam bertindak (*behavioural*) akan dapat mempengaruhi cara manusia merasakan.[12]

Pada pasien ini, CBT dilakukan dalam bentuk konseling dengan menitikberatkan pada pembenahan kognitif dan *behavioural* yang menyimpang. Konseling dijadwalkan sebanyak 6 sesi yang dilakukan setiap satu minggu sekali dengan durasi 1 jam untuk setiap satu sesi nya. Aspek kognitif yang dibenahi antara lain mengubah cara pikir, kepercayaan, sikap, asumsi, dan imajinasi pasien. Sedangkan aspek *behavioral* yang dibenahi antara lain mengubah hubungan yang salah antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan, mengubah kebiasaan perilaku, memberikan ketenangan pada pikiran dan tubuh, sehingga pasien merasa lebih baik dan dapat berpikir dengan lebih jelas. Kombinasi farmakoterapi antidepresan dan psikoterapi CBT menunjukkan respon klinis yang lebih baik dengan NNT= 6,58. Hal Ini berarti dengan menggabungkan antidepresan dengan CBT akan meningkatkan respon perbaikan untuk satu dari setiap enam pasien.[13]

Simpulan

Pasien wanita 24 tahun dengan keluhan utama merasa sedih yang berlebihan sejak tiga minggu yang lalu didiagnosis (F.32.11) episode depresi sedang dengan gejala somatik mendapatkan terapi secara rawat jalan dengan menggunakan kombinasi farmakoterapi dan psikoterapi. Pasien mendapat terapi fluoxetin 1x10 mg dan merlopam 2x5 mg selama dua minggu, dan dianjurkan untuk kembali kontrol ke poliklinik setelah 2 minggu kemudian untuk mendapatkan penyesuaian dosis, penilaian ulang terhadap status mental, dan untuk memulai konseling CBT hingga 6 minggu ke depan. Terapi psikoterapi menggunakan terapi aktivasi perilaku, terapi perilaku kognitif, dan terapi interpersonal pada pasien dengan cara memberitahu keluarga agar selalu dapat megawasi dan mendukung perubahan pada pasien sehingga pasien dapat sembuh kembali. Secara keseluruhan prognosis adalah bonam karena keluarga memberikan motivasi dan dukungan yang kuat untuk kesembuhan pasien yang ditunjukkan dengan komitmen keluarga untuk memperhatikan dan mengajak pasien untuk rutin berobat.

Daftar Pustaka

1. Maslim R. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia. Edisi ke-3. Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa

Departemen Kesehatan RI; 2004.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Edisi ke-3. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
3. Maramis WF, Maramis AA. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Edisi ke-2. Surabaya: Airlangga University Press; 2009.
4. World Health Organization [internet]. Geneva: World Health Organization; Diperbarui Februari 2017 [diakses tanggal 27 Februari 2017]. Tersedia dari http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2013. Indonesia: Kementrian Kesehatan RI; 2013
6. Friedman MA Detweiler JB, Leventhal HE, Home R, Keitner GI dan Miller IW, Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for the Treatment of Major Depressive Disorder. J Clin Psychology. 2004. 11:47–68.
7. Ismail R. Siste K. Gangguan Depresi. Dalam: Elvira S, Hadiskanto G, editor. Buku Ajar Psikiatri. Jakarta: FKUI; 2010. hlm. 265-79, 209-19
8. Blake JG. Effectiveness of Antidepressants Compared with Placebo for Depression in Primary Care. Am Fam Physician. 2010. 1; 82(1):42.
9. Barak Y, Olmer A, Aizenberg D. Antidepressants reduce risk of suicide among elderly depressed patients. Neuropsychopharmacology. 2006. 31:178-81.
10. Devanand DP. Fluoxetine treatment of patients with depression and cognitive impair. Int J Psychiatry. 2003. 18 (2):123-30.
11. Roose SP, Sackeim HA, Krishnan KR, Pollock BG, Alexopoulos G, Lavretsky H, et al. Antidepressant pharmacotherapy in the treatment of depression in the very old: A randomized, placebo-controlled trial. Am J Psychiatry. 2004; 161(11):2050-59.
12. Arean PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for life depression. Biol Psychiatry. 2002; 52(3):293-03.
13. Driessen E**,** Hollon S. Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Meiators. Psychiatr Clin North Am. 2010 ; 33(3): 537–55.