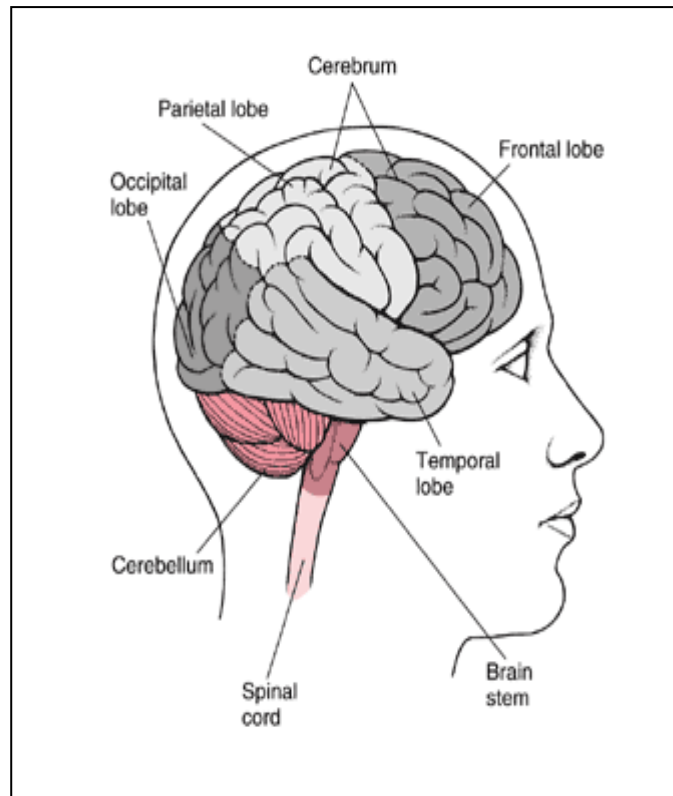




616.891.8
Ind
p



***PHARMACEUTICAL CARE* UNTUK PENDERITA GANGGUAN DEPRESIF**

DIREKTORAT BINA FARMASI KOMUNITAS DAN KLINIK
DITJEN BINA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN RI

2007

KATA PENGANTAR

Gangguan depresif adalah salah satu jenis gangguan jiwa yang paling sering terjadi. Prevalensi gangguan depresif pada populasi dunia adalah 3 – 8 % dengan 50 % kasus terjadi pada usia produktif yaitu 20 – 50 tahun. *World Health Organization* menyatakan bahwa gangguan depresif berada pada urutan ke-empat penyakit di dunia.

Di dalam penatalaksanaan pengobatan gangguan depresif diperlukan pelayanan kesehatan yang terpadu. Apoteker sebagai salah satu profesi kesehatan berperan penting dalam aspek pelayanan kefarmasian pada gangguan depresif tersebut.

Buku saku tentang "*Pharmaceutical Care untuk Penderita Gangguan Depresif*" ini disusun dengan tujuan untuk dapat membantu para apoteker dalam menjalankan profesinya terutama yang bekerja di farmasi komunitas dan farmasi rumah sakit. Mudah-mudahan buku saku yang bersifat praktis ini dapat bermanfaat bagi para apoteker.

Akhirnya kepada tim penyusun dan semua pihak yang telah ikut membantu dan berkontribusi di dalam penyusunan buku saku ini kami ucapkan banyak terima kasih. Kami mengharapkan saran-saran serta kritik membangun untuk penyempurnaan dan perbaikan di masa datang.

Jakarta, September 2007

Direktur Bina Farmasi Komunitas dan Klinik



Drs. Abdul Muchid, Apt.
NIP. 140 088 411

TIM PENYUSUN

1. Departemen Kesehatan RI

Drs. Abdul Muchid, Apt.
Dra. Chusun, Apt., MKes.
Dra. Rida Wurjati, Apt., MKM.
Drs. Zaenal Komar, Apt., MA.
Dra. Siti Nurul Istiqomah, Apt.
Dra. Nur Ratih Purnama, Apt., MSi.
Dra. Rostilawati R., Apt.
Drs. Masrul, Apt.
Dr. Cut Founa S.
Fachriah Syamsudin, S.Si., Apt.
Dina Sintia Pamela, S.Si., Apt.
Dwi Retnohidayanti, AMF.
Yeni, AMF.

2. Praktisi

Dr. Ratna Mardiaty, Sp.KJ.
Drs. Achmad Riyadi, Apt.
Dra. Anna S, Apt.
Dra. Lea P. Syamsudin, Apt.
Dra. Kinteki Rarastri, Apt.
Dra. Lasweti, Apt., M. Epid.
Dra. Harlina Kisdarjono, Apt., MM.

3. Universitas

Dra. Yulistiani, Apt.
Drs. Adji Prayitno, Apt., MS.
DR. Kusnandar, Apt.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Tim Penyusun	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Tabel	iv
Bab 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
Bab 2 PENGENALAN GANGGUAN DEPRESIF	4
2.1 Pengertian Gangguan Depresif	4
2.2 Epidemiologi	4
2.3 Etiologi dan Patofisiologi	5
2.4 Tanda-tanda dan Gejala Klinis	6
2.5 Dampak Gangguan Depresif	8
2.6 Diagnosis	10
Bab 3 PENATALAKSANAAN TERAPI	17
3.1 Terapi Fisik dan Terapi Perubahan Perilaku	18
3.2 Psikoterapi	18
Bab 4 FARMAKOTERAPI	20
4.1 Tiga Fase Pengobatan Gangguan Depresif	20
4.2 Kriteria Pemilihan Obat	21
4.3 Penggolongan Antidepresan	22
Bab 5 PERAN APOTEKER DALAM PELAYANAN KEFARMASIAN (PHARMACEUTICAL CARE)	37
5.1 Pelayanan Kefarmasian	37
5.2 Peran Apoteker	51
Bab 6 PENUTUP	57
DAFTAR PUSTAKA	58
LAMPIRAN	59
GLOSSARY	72

DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Makanan Yang Mengandung Tiramin	33
Tabel 2.	Interaksi MAOI Dengan Obat	34
Tabel 3.	Klasifikasi, Farmakologi dan Farmakokinetik Antidepresan	36
Tabel 4.	Informasi Kontak	38
Tabel 5.	Demografi Pasien	38
Tabel 6.	Terapi Obat Saat Ini	38
Tabel 7.	Terapi Obat Yang Lalu	39
Tabel 8.	Evaluasi Monitoring Terapi Obat	39
Tabel 9.	Monitoring Terapi Obat	40
Tabel 10.	Informasi Yang Perlu Diketahui Oleh Apoteker Untuk Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat	41
Tabel 11.	Rekomendasi Terapi	41
Tabel 12.	ROTD dari Antidepresan	44
Tabel 13.	Efektivitas Terapi	45
Tabel 14.	Materi Konseling Antidepresan	48
Tabel 15.	Obat Yang Dapat Menyebabkan Gangguan Depresif	52
Tabel 16.	Simptom Yang Berkaitan Dengan Serotonin Syndrom	54

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Gangguan depresif adalah salah satu jenis gangguan jiwa yang paling sering terjadi. Prevalensi gangguan depresif pada populasi dunia adalah 3-8 % dengan 50% kasus terjadi pada usia produktif yaitu 20-50 tahun. *World Health Organization* menyatakan bahwa gangguan depresif berada pada urutan keempat penyakit di dunia. Gangguan depresif mengenai sekitar 20% wanita dan 12% laki-laki pada suatu waktu dalam kehidupan. Pada tahun 2020 diperkirakan jumlah penderita gangguan depresif semakin meningkat dan akan menempati urutan kedua penyakit di dunia.

Gambaran mengenai besarnya masalah kesehatan jiwa, baik anak-anak maupun dewasa, dapat dilihat dari Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 yang dilakukan oleh Badan Litbangkes Depkes RI dengan menggunakan rancangan sampel dari Susenas – BPS (Badan Pusat Statistik) terhadap 65.664 rumah tangga. Temuannya menunjukkan bahwa prevalensi Gangguan Jiwa (kode diagnosis F00-F99) per 1000 anggota rumah tangga adalah sebagai berikut :

- Gangguan mental emosional (lebih dari 15 tahun) : 140/1000
- Gangguan mental emosional (5 -14 tahun) : 104/1000

Prevalensi di atas 100 per 1000 anggota rumah tangga dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang penting (*priority public health problem*). Untuk gangguan mental emosional “dewasa” (lebih dari 15 tahun) didapatkan angka prevalensi sebagai berikut :

- Psikosis : 3/1000
- Demensia : 4/1000
- Retardasi Mental : 5/1000
- Gangguan jiwa lain : 5/1000

Seseorang dapat terpicu menderita gangguan depresif karena adanya interaksi antara tekanan, daya tahan mental diri dari lingkungan. Pada dasarnya inti dari gangguan depresif adalah kehilangan obyek cinta misalnya kematian anggota keluarga atau orang yang sangat dicintai, kehilangan pekerjaan, kesulitan keuangan, terkucil dari pergaulan sosial, kondisi fisik yang tidak sempurna,

penyakit, kehamilan dan bertambahnya usia. Selain itu, gangguan depresif juga dipengaruhi faktor genetik dan faktor biologis berupa gangguan neurotransmitter di otak.

Gangguan depresif ditandai dengan berbagai keluhan seperti kelelahan atau merasa menjadi lamban, masalah tidur, perasaan sedih, murung, nafsu makan terganggu dapat berkurang atau berlebih, kehilangan berat badan dan iritabilitas. Penderita mengalami distorsi kognitif seperti mengkritik diri sendiri, timbul rasa bersalah, perasaan tidak berharga dan putus asa.

Gangguan depresif merupakan gangguan yang dapat mengganggu kehidupan dan dapat diderita tanpa memandang usia, status sosial, latar belakang maupun jenis kelamin. Gangguan depresif dapat terjadi tanpa disadari sehingga penderita terkadang terlambat ditangani sehingga dapat menimbulkan penderitaan yang berat seperti bunuh diri.

Gangguan depresif dapat diobati dan dipulihkan melalui konseling/psikoterapi dan beberapa diantaranya memerlukan tambahan terapi fisik maupun kombinasi keduanya. Karena ada beberapa faktor yang saling berinteraksi untuk timbulnya gangguan depresif, penatalaksanaan yang komprehensif sangat diperlukan. 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.

Dilihat dari tingginya angka penderita dan akibat dari gangguan depresif maka gangguan ini perlu mendapat perhatian dari semua pihak. Apoteker dengan pelayanan kefarmasiannya dapat berperan serta untuk mengidentifikasi gejala gangguan depresif, memberikan konseling tentang terapi yang dipakai, obat yang dikonsumsi, monitoring efek samping obat yang dikonsumsi penderita.

Dengan mengetahui dan memahami etiologi, proses interaksi biologik, psikologik, dan sosial, serta terapi gangguan depresif diharapkan apoteker dapat berperan aktif dalam proses penyembuhan penderita.

1.2 TUJUAN

Buku saku ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman apoteker tentang penatalaksanaan gangguan depresif dan digunakan sebagai acuan bagi apoteker dalam rangka menjalankan praktek pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*) untuk penderita gangguan depresif.

BAB II

PENGENALAN GANGGUAN DEPRESIF

2.1 PENGERTIAN GANGGUAN DEPRESIF

Gangguan depresif adalah gangguan psikiatri yang menonjolkan *mood* sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresif, gangguan distimik, gangguan depresif mayor dan gangguan depresif unipolar serta bipolar.

Gangguan depresif merupakan gangguan medik serius menyangkut kerja otak, bukan sekedar perasaan murung atau sedih dalam beberapa hari. Gangguan ini menetap selama beberapa waktu dan mengganggu fungsi keseharian seseorang. Gangguan depresif masuk dalam kategori gangguan *mood*, merupakan periode terganggunya aktivitas sehari-hari, yang ditandai dengan suasana perasaan murung dan gejala lainnya termasuk perubahan pola tidur dan makan, perubahan berat badan, gangguan konsentrasi, anhedonia (kehilangan minat apapun), lelah, perasaan putus asa dan tak berdaya serta pikiran bunuh diri. Jika gangguan depresif berjalan dalam waktu yang panjang (*distimia*) maka orang tersebut dikesankan sebagai pemurung, pemalas, menarik diri dari pergaulan, karena ia kehilangan minat hampir disemua aspek kehidupannya.

2.2. EPIDEMIOLOGI

Gangguan depresif dapat terjadi pada semua umur, dengan riwayat keluarga mengalami gangguan depresif, biasanya dimulai pada usia 15 dan 30 tahun. Usia paling awal dikatakan 5-6 tahun sampai 50 tahun dengan rerata pada usia 30 tahun. Gangguan depresif berat rata-rata dimulai pada usia 40 tahun (20-50 tahun). Epidemiologi ini tidak tergantung ras dan tak ada korelasinya dengan sosioekonomi. Perempuan juga dapat mengalami depresi pasca melahirkan anak. Beberapa orang mengalami gangguan depresif musiman, di negara barat biasanya pada musim dingin. Gangguan depresif ada yang merupakan bagian gangguan bipolar (dua kutub: kutub yang satu gangguan depresif, kutub lainnya mania). Gangguan depresif berat adalah suatu gangguan dengan prevalensi seumur hidup kira-kira 15%, pada perempuan mungkin sampai 25%. Perempuan mempunyai kecenderungan dua kali lebih besar mengalami gangguan depresif daripada laki-laki. Alasan dalam penelitian di negara barat dikatakan karena masalah hormonal, dampak melahirkan, stressor dan pola

perilaku yang dipelajari. Gangguan depresif sangat umum terjadi, setiap tahun lebih dari 17 juta orang Amerika mengalaminya.

Banyak orang mengalami gangguan depresif terkait dengan penggunaan napza dan alkohol karena napza terdiri dari substansi kimia yang mempengaruhi fungsi otak, terus menggunakan napza akan membuat zat kimiawi otak mengalami ketidakseimbangan, sehingga mengganggu proses pikir, perasaan dan perilaku.

2.3 ETIOLOGI DAN PATOFISIOLOGI

Penyebab gangguan jiwa senantiasa dipikirkan dari sisi organobiologik, sosiokultural dan psikoedukatif. Dari sisi biologik dikatakan adanya gangguan pada neurotransmitter norepinefrin, serotonin dan dopamin. Ketidakseimbangan kimiawi otak yang bertugas menjadi penerus komunikasi antar serabut saraf membuat tubuh menerima komunikasi secara salah dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Karena itu pada terapi farmakologik maka terapinya adalah memperbaiki kerja *neurotransmitter* norepinefrin, serotonin dan dopamin.

Dari penelitian keluarga didapatkan gangguan depresi mayor dan gangguan bipolar, terkait erat dengan hubungan saudara; juga pada anak kembar, suatu bukti adanya kerentanan biologik, pada genetik keluarga tersebut. Episoda pertama gangguan seringkali dipicu oleh stresor psikososial pada mereka yang biologiknya rentan. Gangguan depresif juga mungkin dialami oleh mereka yang tidak mempunyai faktor biologik sebagai kontributor terhadap terjadinya gangguan depresif, hal ini lebih merupakan gangguan psikologik.

Berbagai faktor psikologik memainkan peran terjadinya gangguan depresif. Kebanyakan gangguan depresif karena faktor psikologik terjadi pada gangguan depresif ringan dan sedang, terutama gangguan depresif reaktif. Gangguan depresif reaktif biasanya didiagnosis sebagai gangguan penyesuaian diri selama masa pengobatan.

Mereka dengan rasa percaya diri rendah, senantiasa melihat dirinya dan dunia luar dengan penilaian pesimistik. Jika mereka mengalami stres besar, mereka cenderung akan mengalami gangguan depresif. Para psikolog menyatakan bahwa mereka yang mengalami gangguan depresif mempunyai riwayat pembelajaran depresi dalam pertumbuhan perkembangan dirinya. Mereka belajar seperti model yang mereka tiru dalam keluarga, ketika menghadapi masalah psikologik maka respon mereka meniru

perasaan, pikiran dan perilaku gangguan depresif. Orang belajar dengan proses adaptif dan maladaptif ketika menghadapi stres kehidupan dalam kehidupannya di keluarga, sekolah, sosial dan lingkungan kerjanya. Faktor lingkungan mempengaruhi perkembangan psikologik dan usaha seseorang mengatasi masalah. Faktor pembelajaran sosial juga menerangkan kepada kita mengapa masalah psikologik kejadiannya lebih sering muncul pada anggota keluarga dari generasi ke generasi. Jika anak dibesarkan dalam suasana pesimistik, dimana dorongan untuk keberhasilan jarang atau tidak biasa, maka anak itu akan tumbuh dan berkembang dengan kerentanan tinggi terhadap gangguan depresif.

Menurut Freud, kehilangan obyek cinta, seperti orang yang dicintai, pekerjaan tempatnya berdedikasi, hubungan relasi, harta, sakit terminal, sakit kronis dan krisis dalam keluarga merupakan pemicu episode gangguan depresif. Seringkali kombinasi faktor biologik, psikologik dan lingkungan merupakan campuran yang membuat gangguan depresif muncul.

Selain hal di atas, obat-obat juga dapat mendorong seseorang mengalami gangguan depresif. Obat-obat tersebut seperti yang tertera pada tabel di bawah ini :

Obat-obat yang menginduksi gangguan depresif

Obat kardiovaskular

β -Blocker
Klonidin
Metildopa
Prokainamid
Reserpin

Obat hormonal

Steroid anabolik
Kortikosteroid
Estrogen
Progestin
Tamoxifen

Obat sistem saraf pusat

Barbiturat
Benzodiazepin
Kloral Hidrat
Etanol
Fenitoin

Lain-lain

Indometacin
Interferon
Narkotika

2.4 TANDA - TANDA DAN GEJALA KLINIS

Tanda - Tanda

Tanda gangguan depresif yang melanda jutaan orang di Indonesia setiap tahun, seringkali tidak dikenali. Beberapa orang merasakan perasaan sedih dan murung dalam jangka waktu cukup lama dengan latar belakang yang berbeda-beda. Variasi tanda sangat luas dari satu orang ke orang lain, dari satu waktu ke waktu pada diri

seseorang. Gejalanya sering tersamar dalam berbagai keluhan sehingga seringkali tidak disadari juga oleh dokter.

Tanda gangguan depresif itu adalah :

- Pola tidur yang abnormal atau sering terbangun termasuk diselingi kegelisahan dan mimpi buruk
- Sulit konsentrasi pada setiap kegiatan sehari-hari
- Selalu kuatir, mudah tersinggung dan cemas
- Aktivitas yang tadinya disenangi menjadi makin lama makin dihentikan
- Bangun tidur pagi rasanya malas

Gangguan depresif membuat seluruh tubuh sakit, juga perasaan dan pikiran. Gangguan depresif mempengaruhi nafsu makan dan pola tidur, cara seseorang merasakan dirinya, berpikir tentang dirinya dan berpikir tentang dunia sekitarnya. Keadaan depresi bukanlah suatu kesedihan yang dapat dengan mudah berakhir, bukan tanda kelemahan dan ketidakberdayaan, bukan pula kemalasan. Mereka yang mengalami gangguan depresif tidak akan tertolong hanya dengan membuat mereka bergembira dengan hiburan. Tanpa terapi tanda dan gejala tak akan membaik selama berminggu-minggu, berbulan-bulan bahkan bertahun.

Gejala

Gejala gangguan depresif berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya, dipengaruhi juga oleh beratnya gejala. Gangguan depresif mempengaruhi pola pikir, perasaan dan perilaku seseorang serta kesehatan fisiknya. Gangguan depresif tidak mempunyai simptom fisik yang sama dan pasti pada satu orang dan bervariasi dari satu orang ke orang lain. Keluhan yang banyak ditampilkan adalah sakit, nyeri bagian atau seluruh tubuh, keluhan pada sistem pencernaan. Kebanyakan gejala dikarenakan mereka mengalami stres yang besar, kekuatiran dan kecemasan terkait dengan gangguan depresifnya. Simptom dapat digolongkan dalam kelompok terkait perubahan dalam cara pikir, perasaan dan perilaku.

- Perubahan cara berpikir – terganggunya konsentrasi dan pengambilan keputusan membuat seseorang sulit mempertahankan memori jangka pendek, dan terkesan sebagai sering lupa. Pikiran negatif sering menghinggapi pikiran mereka. Mereka menjadi pesimis, percaya diri rendah, dihindangi perasaan bersalah yang besar,

dan mengkritik diri sendiri. Beberapa orang merusak diri sendiri sampai melakukan tindakan bunuh diri atau membunuh orang lain.

- Perubahan perasaan – merasa sedih, murung, tanpa sebab jelas. Beberapa orang merasa tak lagi dapat menikmati apa-apa yang dulu disenanginya, dan tak dapat merasakan kesenangan apapun. Motivasi menurun dan menjadi tak peduli dengan apapun. Perasaan seperti berada dibawah titik nadir, merasa lelah sepanjang waktu tanpa bekerja sekalipun. Perasaan mudah tersinggung, mudah marah. Pada keadaan ekstrim khas dengan perasaan tidak berdaya dan putus asa.
- Perubahan perilaku – ini merupakan cerminan dari emosi negatif. Mereka menjadi apatis. Menjadi sulit bergaul atau bertemu dengan orang, sehingga menarik diri dari pergaulan. Nafsu makan berubah drastis, lebih banyak makan atau sulit membangkitkan keinginan untuk makan. Seringkali juga sering menangis berlebihan tanpa sebab jelas. Sering mengeluh tentang semua hal, marah dan mengamuk. Minat seks sering menurun sampai hilang, tak lagi mengurus diri, termasuk mengurus hal dasar seperti mandi, meninggalkan tanggung jawab dan kewajiban baik pekerjaan maupun pribadi. Beberapa orang tak dapat tidur, beberapa tidur terus.
- Perubahan Kesehatan Fisik – dengan emosi negatif seseorang merasa dirinya tidak sehat fisik selama gangguan depresif. Kelelahan kronis menyebabkan ia lebih senang berada di tempat tidur tak melakukan apapun, mungkin tidur banyak atau tidak dapat tidur. Mereka terbaring atau gelisah bangun ditengah malam dan menatap langit-langit. Keluhan sakit dibanyak bagian tubuh merupakan tanda khas dari gangguan depresif. Gelisah dan tak dapat diam, mondar-mandir sering menyertai. Gejala tersebut berjalan demikian lama, mulai dari beberapa minggu sampai beberapa tahun, dimana perasaan, pikiran dan perilaku berjalan demikian sepanjang waktu setiap hari. Jika gejala ini terasa, terlihat dan teramati, maka sudah waktunya membawanya untuk berobat, sebab gangguan depresif dapat diobati.

2.5 DAMPAK GANGGUAN DEPRESIF

Gangguan ini bukan hanya mengimbas orang yang mengalaminya tetapi juga membuat dampak pada anggota keluarga dan lingkungan. Karena gangguan depresif, seseorang menjadi kehilangan minat, termasuk minat pada pemeliharaan diri sampai aktivitas pekerjaan. Dengan demikian akan membuat kerugian ekonomi di tempat kerja karena seseorang tak lagi dapat bekerja, sementara itu keluarga yang perlu merawatnya juga kehilangan waktu dan tenaga, serta terganggu aktivitas

kesehariannya. Gangguan depresif yang serius akan merusak hubungan antar orang termasuk dalam keluarga.

Dampaknya adalah :

Mengganggu kehidupan sosial ekonomi, meningkatkan angka ketidakhadiran di sekolah dan tempat kerja sehingga produktivitas menurun. Menurut penelitian *National Institute of Mental Health* (NIMH), di Amerika kehilangan 44 juta dollar setahun karena gangguan depresif. Selain itu gangguan depresif juga mengganggu kehidupan berkeluarga serta dapat menimbulkan gangguan emosional yang hebat sehingga dapat mengancam keselamatan diri, orang lain, dan lingkungannya.

Gangguan depresif merupakan kondisi psikologik yang berasal dari gangguan otak, mengubah cara pikir dan perasaan, mengubah perilaku sosial, mengganggu rasa sehat pada fisik seseorang, seperti:

- Letih tanpa bekerja apapun atau hanya sedikit beraktivitas
- Malas bekerja ketika mengalami masalah serius
- Kehilangan minat apapun yang mendalam dan berlangsung lama
- Bermanifestasi sebagai gangguan fisik yang diwujudkan dalam bentuk kunjungan ke dokter yang selalu berganti-ganti (*shopping doctor*)

Banyak penderita gangguan depresif tidak mendapatkan pengobatan tepat karena :

- Gejalanya tak dikenali sebagai gangguan depresif dan lebih banyak dianggap sebagai gangguan fisik sehingga diobati tanpa mempedulikan apa yang mendasarinya
- Penderita yang mengalami gangguan depresif karena hanya dianggap orang malas, lemah, dan manja sehingga tidak dibawa ke pelayanan kesehatan
- Adanya stigma dimasyarakat bahwa gangguan depresif adalah gangguan jiwa.
- Penderita yang mengalami gangguan depresif tidak berdaya untuk mencapai layanan kesehatan

Dengan diagnosis tepat, hampir 80% yang diobati menunjukkan perbaikan suasana hati dan penyesuaian diri dengan situasi kehidupan.

Tipe gangguan depresif

Bentuk gangguan ini ada dua (diluar gangguan bipolar atau gangguan mania-depresif) yakni :

- bentuk akut dan biasanya berulang, dikenal sebagai gangguan episode depresif
- bentuk kronik dan biasanya lebih ringan gejalanya, dikenal sebagai distimia.

Gangguan bipolar juga dikenal sebagai gangguan mania-depresif, suatu bentuk gangguan depresif dengan suasana hati yang berayun dari murung (saat depresi) ke sangat gembira (saat mania) yang seringkali membawa perilaku risiko tinggi dan merusak diri. Kebanyakan individu dengan gangguan bipolar mempunyai masa episode gangguan depresif dan episode hipomania.

Pada episode depresif setidaknya ada dua gejala utama dari hal berikut : suasana perasaan murung atau sedih, hilangnya minat atau anhedonia, hilangnya energi yang secara umum tampak sebagai kelelahan. Gejala ini seringkali disertai dengan gejala psikologik seperti perasaan bersalah, ide bunuh diri, upaya bunuh diri dan gejala fisik seperti perlambatan gerak motorik atau sebaliknya agitasi (mengamuk) dan gangguan makan serta tidur.

Pada gangguan depresif kronik, distimia, terdapat perasaan murung selama sekurangnya dua tahun dengan masa remisi (perbaikan) tidak lebih lama dari dua bulan. Suasana perasaan murung ini diikuti dengan gejala psikologik seperti putus asa, tak berdaya, dan gejala fisik seperti gangguan tidur. Bentuk gangguan depresif berkepanjangan seperti ini sulit untuk diterapi karena penderita menganggap gejala mereka sebagai bentuk dari ciri sifat mereka.

2.6 DIAGNOSIS

Dalam klasifikasi Pedoman Diagnosis Gangguan Jiwa-III terbitan Departemen Kesehatan, yang menganut klasifikasi WHO : ICD-X, digunakan istilah gangguan jiwa dan tidak ada istilah penyakit jiwa. Pendekatan gangguan jiwa adalah pendekatan sindrom atau kumpulan gejala, dalam hal ini sindroma atau pola perilaku, atau psikologik seseorang yang secara klinik cukup bermakna dan yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan atau hendaya di dalam satu atau lebih fungsi penting dari manusia.

Pemahaman diatas memberi gambaran bahwa untuk membuat diagnosis gangguan jiwa perlu didapatkan butir-butir :

1. Adanya gejala klinis yang bermakna berupa sindrom atau pola perilaku, sindrom atau pola psikologik
2. Gejala klinis tersebut menimbulkan penderitaan, seperti rasa nyeri, tidak nyaman, gangguan fungsi organ dsb.
3. Gejala klinis menimbulkan disabilitas dalam aktivitas sehari-hari seperti mengurus diri (mandi, berpakaian, makan dsb).

Mengumpulkan gambaran klinis menuju diagnosis untuk mendapatkan terapi setiap gangguan emosi termasuk gangguan depresif, maka langkah pertama yang harus ditempuh adalah menghubungi dokter, psikiater dan psikolog klinis yang tersebar di puskesmas, rumah-rumah sakit yang mempunyai bagian psikiatri, atau rumah sakit jiwa. Para profesional dalam bidang kesehatan jiwa akan memulai evaluasi keadaan kesehatan melalui wawancara terstruktur.

Departemen Kesehatan cq Direktorat Jenderal Pelayanan Medik telah menerbitkan Modul *Anxietas dan Gangguan depresif* bagi Dokter, dimana di dalamnya terdapat algoritma MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*). MINI merupakan alat diagnostik untuk mengenali gangguan jiwa secara cepat setelah suatu pelatihan. Alat ini berupa rangkaian pertanyaan yang diajukan melalui wawancara, yang harus dijawab penderita dengan ya atau tidak. Mini Gangguan depresif dibuat oleh Lecrubier dan Sheehan (1998) dan dialih bahasakan oleh Yayasan Depresi Indonesia bekerjasama dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik (2002) MINI terlampir dalam buku ini. Dengan alat wawancara ini kita dapat mengenal berbagai jenis gangguan depresif.

Uraian riwayat sakit fisik dan jiwa, riwayat keluarga, obat yang pernah diberikan terapis sebelumnya serta gangguan di masa lalu perlu diambil dalam memahami terjadinya gangguan depresif dalam diri individu untuk penanganan selanjutnya. Riwayat penggunaan obat antidepresan atau obat lainnya perlu diperoleh, guna membantu menentukan obat dan efektivitas obat yang dipilih.

Berikut ini klasifikasi gangguan depresif menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa-III (PPDGJ-III, Departemen Kesehatan) :

a. F 32 Episode depresif

Gejala utama pada gangguan depresif ringan, sedang dan berat :

- afek depresi
- kehilangan minat dan kegembiraan
- berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas

Gejala lainnya : konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, pikiran rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistik, pikiran atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu dan nafsu makan terganggu.

Pedoman Diagnostik

F.32.0 Episode depresi ringan

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama gangguan depresif seperti tersebut di atas
- Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari 3 gejala lainnya (a) sampai (g)
- Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya
- Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu
- Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang dilakukannya

F 32.1 Episode depresi sedang

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama gangguan depresif seperti tersebut diatas
- Ditambah sekurang-kurangnya 3 gejala lainnya (a) sampai (g)
- Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya
- Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu
- Menghadapi kesulitan nyata dalam meneruskan kegiatan dan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga

F32.2 EPISODE DEPRESI BERAT TANPA GEJALA PSIKOTIK

Pedoman Diagnostik

- Semua 3 gejala utama gangguan depresif harus ada
- Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat
- Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikometer) yang mencolok, maka penderita mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci.
Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode gangguan depresif berat masih dapat dibenarkan
- Episode depresi biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu,

akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu

- Sangat tidak mungkin penderita akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau rumah tangga kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

F32.3 EPISODE DEPRESI BERAT DENGAN GEJALA PSIKOTIK

Pedoman Diagnostik

- Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut F32.2 tersebut diatas Disertai waham, halusinasi atau stupor. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan penderita 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*)

F.33 GANGGUAN DEPRESIF BERULANG

Pedoman Diagnostik

- Gangguan ini bersifat dengan episode berulang dari :
 - Episode depresif ringan (F32.0)
 - Episode depresif sedang (F32.1)
 - Episode depresif berat(F32.2 dan F32.3)Episode masing-masing rata-rata lamanya sekitar 6 bulan akan tetapi frekuensinya lebih jarang dibandingkan dengan gangguan bipolar
- Tanpa riwayat adanya episode tersendiri dari peninggian afek dan hiperaktivitas yang memenuhi kriteria mania (F30.1 dan F30.2)
Namun kategori ini tetap harus digunakan jika ternyata ada episode singkat dari peninggian afek dan hiperaktivitas ringan yang memenuhi kriteria hipomania (F30.0) segera sesudah suatu episode depresi (kadang-kadang tampaknya dicetuskan oleh tindakan pengobatan depresi)
- Pemulihan keadaan biasanya sempurna di antara episode, namun sebagian kecil penderita mungkin mendapat depresi yang akhirnya

menetap, terutama pada lanjut usia (untuk keadaan ini, kategori ini harus tetap digunakan)

- Episode masing-masing, dalam berbagai tingkat keparahan, seringkali dicetuskan oleh peristiwa kehidupan yang penuh stres atau trauma mental lain (adanya stres tidak esensial untuk penegakkan diagnosis)

Diagnosis banding : Episode depresi singkat berulang (F38.1)

F33.0 GANGGUAN GANGGUAN DEPRESIF BERULANG, EPISODE KINI RINGAN

Pedoman Diagnostik

- Untuk Diagnosis pasti :
 - a. Kriteria untuk gangguan depresif berulang (F33) harus dipenuhi dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresi ringan (F32.0), dan sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

e

r Kelima F.33.00 = Tanpa gejala somatik

F.33.01 = Dengan gejala somatik

F33.1 GANGGUAN DEPRESIF BERULANG, EPISODE KINI SEDANG

Pedoman Diagnostik

- Untuk Diagnosis pasti :
 - a. Kriteria untuk gangguan depresif berulang (F33) harus dipenuhi dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresi sedang (F32.0) , dan
 - b. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna

F33.2 GANGGUAN DEPRESIF BERULANG, EPISODE KINI BERAT TANPA GEJALA PSIKOTIK

Pedoman Diagnostik

- Untuk Diagnosis pasti :
 - a. Kriteria untuk gangguan depresif berulang (F33,-) harus dipenuhi dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresi berat tanpa gejala psikotik (F32.2) dan
 - b. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

F33.3 GANGGUAN DEPRESIF BERULANG, EPISODE KINI BERAT DENGAN GEJALA PSIKOTIK

Pedoman Diagnostik

- Untuk Diagnosis pasti :
 - a. Kriteria untuk gangguan depresif berulang (F33,-) harus dipenuhi dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif berat dengan gejala psikotik (F32.3) dan
 - b. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

F33.4 GANGGUAN DEPRESIF BERULANG, KINI DALAM REMISI

Pedoman Diagnostik

- Untuk Diagnosis pasti :
 - a. Kriteria untuk gangguan depresif berulang (F33,-) harus dipenuhi dan episode sekarang seharusnya tidak memenuhi kriteria untuk episode depresi dengan derajat keparahan apapun atau gangguan lain apapun dalam F30 – F39. dan
 - b. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

- c. Kriteria untuk gangguan depresi berulang (F33,-) harus dipenuhi dan episode sekarang seharusnya tidak memenuhi kriteria untuk episode depresi dengan derajat keparahan apapun atau gangguan lain apapun dalam F30 – F39 dan
- d. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

BAB III

PENATALAKSANAAN TERAPI

Banyak jenis terapi, efektivitas akan berbeda dari orang ke orang dari waktu ke waktu. Psikiater memberikan medikasi dengan antidepresan dan medikasi lainnya untuk membuat keseimbangan kimiawi otak penderita. Pilihan terapi sangat bergantung pada hasil evaluasi riwayat kesehatan fisik dan mental penderita. Pada gangguan depresif ringan seringkali psikoterapi saja dapat menolong. Tidak jarang terapi memerlukan psikofarmaka antidepresan. Medikasi akan membantu meningkatkan suasana hati sehingga relatif penderita lebih mudah ditolong dengan psikoterapi dan simptomnya cepat menurun.

Setiap individu mempunyai kebutuhan dan latar belakang yang berbeda, sehingga terapinya disesuaikan dengan kebutuhannya. Terapi juga dipengaruhi oleh masalah pribadi kehidupan penderita. Jika mereka juga menggunakan napza atau mempunyai ketergantungan pada hal lain, seringkali tanda dan gejala gangguan depresif mengalami distorsi, atau menjadi diperbesar dan nampak tidak dapat dipulihkan.

Rujukan penderita ke layanan terapi profesional sangatlah diperlukan. Terapi yang dapat dipercaya oleh penderita memberikan dorongan kuat untuk pemulihan. Terapi diarahkan pada pemikiran positif penderita untuk membalikkan pikiran dan perasaan negatifnya. Pengobatan gangguan depresif tersedia dan gangguan depresif dapat diobati.

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.

Penderita dengan gangguan depresif perlu didukung dengan empati, dengan menekankan bahwa mereka dapat ditolong dan diobati. Kebanyakan dari mereka merasa putus asa dan merasa tidak berdaya. Hindari ketidak-empatian seperti mengatakan kepada mereka untuk senyum, bergembira, jangan malas, bergaul dsb. Ini akan membuat mereka lebih terpuruk.

Evaluasi dan observasi penderita akan kemungkinan bunuh diri, keluarga diminta bantuannya untuk mengawasi hal ini. Tujuannya adalah untuk mengamankan penderita dari tindak mengakhiri kehidupan.

3.1 Terapi Fisik dan Terapi Perubahan Perilaku

ELECTRO CONVULSIVE THERAPY (ECT)

ECT adalah terapi dengan melewati arus listrik ke otak. Metode terapi semacam ini sering digunakan pada kasus depresif berat atau mempunyai risiko bunuh diri yang besar dan respon terapi dengan obat antidepresan kurang baik.

Pada penderita dengan risiko bunuh diri, ECT menjadi sangat penting karena ECT akan menurunkan risiko bunuh diri dan dengan ECT lama rawat di rumah sakit menjadi lebih pendek.

Pada keadaan tertentu tidak dianjurkan ECT, bahkan pada beberapa kondisi tindakan ECT merupakan kontra indikasi. ECT tidak dianjurkan pada keadaan :

- 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, ECT dikontraindikasikan pada : penderita yang menderita epilepsi, TBC milier, tekanan tinggi *intra kracial* dan kelainan infark jantung.

Depresif berisiko kambuh manakala penderita tidak patuh, ketidaktahuan, pengaruh tradisi yang tidak percaya dokter, dan tidak nyaman dengan efek samping obat. Terapi ECT dapat menjadi pilihan yang paling efektif dan efek samping kecil.

Terapi perubahan perilaku meliputi penghapusan perilaku yang mendorong terjadinya depresi dan pembiasaan perilaku baru yang lebih sehat. Berbagai metode dapat dilakukan seperti CBT (Cognitive Behaviour Therapy) yang biasanya dilakukan oleh konselor, psikolog dan psikiater.

3.2 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.

Psikoterapi pada penderita gangguan depresif dapat diberikan secara individu, kelompok, atau pasangan disesuaikan dengan gangguan psikologik yang mendasarinya. Psikoterapi dilakukan dengan memberikan kehangatan, empati, pengertian dan optimisme. Dalam pengambilan keputusan untuk melakukan psikoterapi sangat dipengaruhi oleh penilaian dari dokter atau penderitanya.

BAB IV

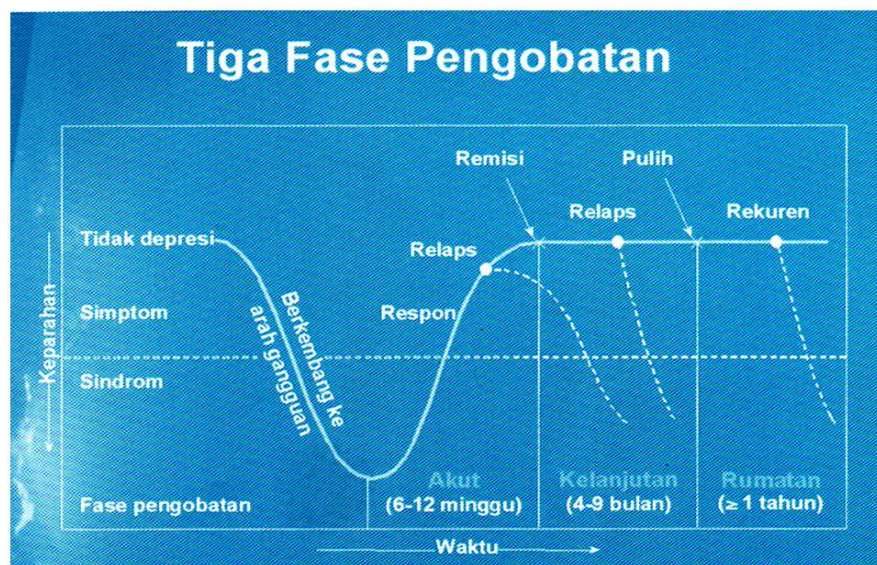
FARMAKOTERAPI

Farmakoterapi atau terapi obat merupakan komponen penting dalam pengobatan gangguan depresif. Ada banyak faktor yang harus diperhitungkan, misalnya target simptom, kerja obat, farmakokinetik, cara pemberian, efek samping, interaksi obat, sampai pada harga obat. Klasifikasi, farmakologi dan farmakokinetika obat untuk mengatasi depresi dapat dilihat pada Tabel 3.

4.1 Tiga Fase Pengobatan Gangguan Depresif

Saat merencanakan intervensi pengobatan, penting untuk menekankan kepada penderita bahwa ada beberapa fase pengobatan sesuai dengan perjalanan gangguan depresif :

- Fase akut bertujuan untuk meredakan gejala
- Fase kelanjutan untuk mencegah relaps
- Fase pemeliharaan/rumatan untuk mencegah rekuren



Dikutip dari Kupfer, 1991

Di pelayanan kesehatan primer, obat anti depresan yang tersedia biasanya golongan trisiklik. Meskipun antidepresan trisiklik sampai saat ini merupakan obat antidepresan yang paling banyak digunakan, tetapi penggunaannya masih belum optimal karena kemampuan diagnostik dari pelayanan kesehatan primer belum ditingkatkan juga belum berperannya konselor apoteker. Dari hasil penelitian ternyata dosis yang digunakan masih terlalu rendah. Akibatnya, efek terapi yang ingin dihasilkan tidak tercapai.

Efek samping antidepresan trisiklik cukup banyak, tetapi hal ini tidak menghalangi penggunaannya, karena obat ini telah terbukti efektif dalam mengobati depresi. Dengan memberikan obat ini sebagai dosis tunggal pada malam hari, dan melakukan titrasi peningkatan dosis, maka efek samping yang mengganggu sedikit banyak akan dapat diatasi.

4.2 Kriteria pemilihan obat

Pertimbangan untuk pemilihan obat ada di tangan dokter yang akan membicarakannya pada penderita. Konseling diperkuat oleh apoteker. Pertimbangan tersebut meliputi :

- Efek samping dan respon tubuh terhadap obat
- Penyakit dan terapi lain yang dialami penderita
- Kerja obat dalam tubuh ketika dibarengi obat lain. Penderita perlu mengatakan pada dokter bahwa ia sedang menelan obat tertentu. Dokter akan memperhatikan interaksi obat yang diketahuinya.
- Lanjut usia, dimana fungsi absorpsi obat melambat.
- Efektivitas obat atas penderita. Seringkali pengobatan awal memberi hasil baik. Jika ini tak terjadi beritahu dokter agar dipikirkan obat lain atau kombinasi.
- Obat harus dipertahankan selama 7-15 bulan atau lebih panjang untuk menghadang episode gangguan depresif berikutnya
- Beberapa orang memerlukan terapi rumatan antidepresan, terutama mereka yang seringkali mengalami pengulangan gejala episode gangguan depresif atau gangguan depresif mayor.

Antidepresan baru terlihat efeknya dalam 4 sampai 12 minggu, sebelum ia mengurangi atau menghapus gejala-gejala gangguan depresif meski hasilnya dirasakan sudah membuat perbaikan dalam 2 sampai 3 minggu. Selama masa ini efek samping akan terasa. Banyak efek samping bersifat sementara dan akan menghilang ketika obat diteruskan, dan beberapa efek samping menetap seperti mulut kering, konstipasi dan efek seksual.

Orang berusia lanjut perlu mendapatkan perhatian atas daya absorpsi dan kepekaannya terhadap efek obat. Monitor obat dan gejala perlu lebih cermat.

4.3 Penggolongan Antidepresan

1. Antidepresan Klasik (Trisiklik & Tetrasiklik)

Mekanisme kerja : Obat–obat ini menghambat resorpsi dari serotonin dan noradrenalin dari sela sinaps di ujung-ujung saraf.

Efek samping :

- Efek jantung ; dapat menimbulkan gangguan penerusan impuls jantung dengan perubahan ECG, pada overdosis dapat terjadi aritmia berbahaya.
- Efek anti kolinergik ; akibat blokade reseptor muskarin dengan menimbulkan antara lain mulut kering, obstipasi, retensi urin, tachycardia, serta gangguan potensi dan akomodasi, keringat berlebihan.
- Sedasi
- Hipotensi ortostatik dan pusing serta mudah jatuh merupakan akibat efek antinoradrenalin, hal ini sering terjadi pada penderita lansia, mengakibatkan gangguan fungsi seksual.
- Efek antiserotonin; akibat blokade reseptor 5HT postsinaptik dengan bertambahnya nafsu makan dan berat badan.
- Kelainan darah; seperti agranulocytosis dan leucopenia, gangguan kulit
- Gejala penarikan; pada penghentian terapi dengan mendadak dapat timbul antara lain gangguan lambung-usus, agitasi, sukar tidur, serta nyeri kepala dan otot.

Obat-obat yang termasuk antidepresan klasik :

- **Imipramin**

Dosis lazim : 25-50 mg 3x sehari bila perlu dinaikkan sampai maksimum 250-300 mg sehari.

Kontra Indikasi : Infark miokard akut

Interaksi Obat : anti hipertensi, obat simpatomimetik, alkohol, obat penekan SSP

Perhatian : kombinasi dengan MAO, gangguan kardiovaskular, hipotensi, gangguan untuk mengemudi, ibu hamil dan menyusui.

- **Klomipramin**

Dosis lazim : 10 mg dapat ditingkatkan sampai dengan maksimum dosis 250 mg sehari.

Kontra Indikasi : Infark miokard, pemberian bersamaan dengan MAO, gagal jantung, kerusakan hati yang berat, glaukoma sudut sempit.

Interaksi Obat : dapat menurunkan efek antihipertensi penghambat neuro adrenergik, dapat meningkatkan efek kardiovaskular dari noradrenalin atau adrenalin, meningkatkan aktivitas dari obat penekan SSP, alkohol.

Perhatian : terapi bersama dengan preparat tiroid, konstipasi kronik, kombinasi dengan beberapa obat antihipertensi, simpatomimetik, penekan SSP, anti kolinergik, penghambat reseptor serotonin selektif, antikoagulan, simetidin. Monitoring hitung darah dan fungsi hati, gangguan untuk mengemudi.

- **Amitriptilin**

Dosis lazim : 25 mg dapat dinaikan secara bertahap sampai dosis maksimum 150-300 mg sehari.

Kontra Indikasi : penderita koma, diskrasia darah, gangguan depresif sumsum tulang, kerusakan hati, penggunaan bersama dengan MAO.

Interaksi Obat : bersama guanetidin meniadakan efek antihipertensi, bersama depresan SSP seperti alkohol, barbiturate, hipnotik atau analgetik opiate mempotensiasi efek gangguan depresif SSP termasuk gangguan depresif saluran napas, bersama reserpin meniadakan efek antihipertensi.

Perhatian : gangguan kardiovaskular, kanker payudara, fungsi ginjal menurun, glaukoma, kecenderungan untuk bunuh diri, kehamilan, menyusui, epilepsi.

- **Lithium karbonat**

Dosis lazim : 400-1200 mg dosis tunggal pada pagi hari atau sebelum tidur malam.

Kontra Indikasi : kehamilan, laktasi, gagal ginjal, hati dan jantung.

Interaksi Obat : diuretik, steroid, psikotropik, AINS, diazepam, metildopa, tetrasiklin, fenitoin, carbamazepin, indometasin.

Perhatian : Monitor asupan diet dan cairan, penyakit infeksi, demam, influenza, gastroenteritis.

2. Antidepresan Generasi ke-2

Mekanisme kerja :

- SSRI (*Selective Serotonin Re-uptake Inhibitor*) : Obat-obat ini menghambat resorpsi dari serotonin.
- NaSA (*Noradrenalin and Serotonin Antidepressants*) : Obat-obat ini tidak berkhasiat selektif, menghambat re-uptake dari serotonin dan noradrenalin. Terdapat beberapa indikasi bahwa obat-obat ini lebih efektif daripada SSRI.

Efek samping :

- Efek seretogenik; berupa mual, muntah, malaise umum, nyeri kepala, gangguan tidur dan nervositas, agitasi atau kegelisahan yang sementara, disfungsi seksual dengan ejakulasi dan orgasme terlambat.
- Sindroma serotonin; berupa antara lain kegelisahan, demam, dan menggigil, konvulsi, dan kekakuan hebat, tremor, diare, gangguan koordinasi. Kebanyakan terjadi pada penggunaan kombinasi obat-obat generasi ke-2 bersama obat-obat klasik, MAO, litium atau triptofan, lazimnya dalam waktu beberapa jam sampai 2-3 minggu. Gejala ini dilawan dengan antagonis serotonin (metisergida, propranolol).
- Efek antikolinergik, antiadrenergik, dan efek jantung sangat kurang atau sama sekali tidak ada.

Obat-obat yang termasuk antidepresan generasi ke-2 :

- **Fluoxetin**

Dosis lazim : 20 mg sehari pada pagi hari, maksimum 80 mg/hari dalam dosis tunggal atau terbagi.

Kontra Indikasi : hipersensitif terhadap fluoxetin, gagal ginjal yang berat, penggunaan bersama MAO.

Interaksi Obat : MAO, Lithium, obat yang merangsang aktivitas SSP, anti depresan, triptofan, karbamazepin, obat yang terkait dengan protein plasma.

Perhatian : penderita epilepsi yang terkendali, penderita kerusakan hati dan ginjal, gagal jantung, jangan mengemudi / menjalankan mesin.

- **Sertralin**

Dosis lazim : 50 mg/hari bila perlu dinaikkan maksimum 200 mg/hr.

Kontra Indikasi : Hipersensitif terhadap sertralin.

Interaksi Obat : MAO, Alkohol, Lithium, obat seretogenik.

Perhatian : pada gangguan hati, terapi elektrokonvulsi, hamil, menyusui, mengurangi kemampuan mengemudi dan mengoperasikan mesin.

- **Citalopram**

Dosis lazim : 20 mg/hari, maksimum 60 mg /hari.

Kontra indikasi : hipersensitif terhadap obat ini.

Interaksi Obat : MAO, sumatripan, simetidin.

Perhatian : kehamilan, menyusui, gangguan mania, kecenderungan bunuh diri.

- **Fluvoxamine**

Dosis lazim : 50mg dapat diberikan 1x/hari sebaiknya pada malam hari, maksimum dosis 300 mg.

Interaksi Obat : warfarin, fenitoin, teofilin, propranolol, litium.

Perhatian : Tidak untuk digunakan dalam 2 minggu penghentian terapi MAO, insufisiensi hati, tidak direkomendasikan untuk anak dan epilepsi, hamil dan laktasi.

- **Mianserin**

Dosis lazim : 30-40 mg malam hari, dosis maksimum 90 mg/ hari

Kontra Indikasi : mania, gangguan fungsi hati.

Interaksi Obat : mempotensiasi aksi depresan SSP, tidak boleh diberikan dengan atau dalam 2 minggu penghentian terapi.

Perhatian : dapat mengganggu psikomotor selama hari pertama terapi, diabetes, insufisiensi hati, ginjal, jantung.

- **Mirtazapin**

Dosis lazim : 15-45 mg / hari menjelang tidur.

Kontra Indikasi : Hipersensitif terhadap mirtazapin.

Interaksi Obat : dapat memperkuat aksi pengurangan SSP dari alkohol, memperkuat efek sedatif dari benzodiazepine, MAO.

Perhatian : pada epilepsi sindroma otak organik, insufisiensi hati, ginjal, jantung, tekanan darah rendah, penderita skizofrenia atau gangguan psikotik lain, penghentian terapi secara mendadak, lansia, hamil, laktasi, mengganggu kemampuan mengemudi atau menjalankan mesin.

- **Venlafaxine**

Dosis lazim : 75 mg/hari bila perlu dapat ditingkatkan menjadi 150-250 mg 1x/hari.

Kontra Indikasi : penggunaan bersama MAO, hamil dan laktasi, anak < 18 tahun.

Interaksi Obat : MAO, obat yang mengaktivasi SSP lain.

Perhatian : riwayat kejang dan penyalahgunaan obat, gangguan ginjal atau sirosis hati, penyakit jantung tidak stabil, monitor tekanan darah jika penderita mendapat dosis harian > 200 mg.

3. Antidepresan MAO.

Inhibitor Monoamin Oksidase (Monoamine Oxidase Inhibitor, MAOI)

Farmakologi

Monoamin oksidase merupakan suatu sistem enzim kompleks yang terdistribusi luas dalam tubuh, berperan dalam dekomposisi amin biogenik, seperti norepinefrin, epinefrin, dopamine, serotonin. MAOI menghambat sistem enzim ini, sehingga menyebabkan peningkatan konsentrasi amin endogen.

Ada dua tipe MAO yang telah teridentifikasi, yaitu MAO-A dan MAO-B. Kedua enzim ini memiliki substrat yang berbeda serta perbedaan dalam sensitivitas terhadap inhibitor. MAO-A cenderung memiliki aktivitas deaminasi epinefrin, norepinefrin, dan serotonin, sedangkan MAO-B memetabolisme benzilamin dan fenetilamin. Dopamin dan tiramin dimetabolisme oleh kedua isoenzim. Pada jaringan syaraf, sistem enzim ini mengatur dekomposisi metabolik katekolamin dan serotonin. MAOI hepatic menginaktivasi monoamin yang bersirkulasi atau yang masuk melalui saluran cerna ke dalam sirkulasi portal (misalnya tiramin).

Semua MAOI nonselektif yang digunakan sebagai antidepresan merupakan inhibitor ireversibel, sehingga dibutuhkan sampai 2 minggu untuk mengembalikan metabolisme amin normal setelah penghentian obat. Hasil studi juga mengindikasikan bahwa terapi MAOI kronik menyebabkan penurunan jumlah reseptor (*down regulation*) adrenergik dan serotoninergik.

Farmakokinetik

Absorpsi/distribusi – Informasi mengenai farmakokinetik MAOI terbatas. MAOI tampaknya terabsorpsi baik setelah pemberian oral. Kadar puncak tranilsipromin dan fenelzin mencapai kadar puncaknya masing-masing dalam 2 dan 3 jam. Tetapi, inhibisi MAO maksimal terjadi dalam 5 sampai 10 hari.

Metabolisme/ekskresi – metabolisme MAOI dari kelompok hidrazin (fenelzin, isokarboksazid) diperkirakan menghasilkan metabolit aktif. Inaktivasi terjadi terutama melalui asetilasi. Efek klinik fenelzin dapat berlanjut sampai 2 minggu setelah penghentian terapi. Setelah penghentian tranilsipromin, aktivitas MAO kembali dalam 3 sampai 5 hari (dapat sampai 10 Hari). Fenelzin dan isokarboksazid diekskresi melalui urin sebagian besar dalam bentuk metabolitnya.

Populasi khusus – “asetilator lambat”: Asetilasi lambat dari MAOI hidrazin dapat memperhebat efek setelah pemberian dosis standar.

Indikasi

Depresi: Secara umum, MAOI diindikasikan pada penderita dengan depresi atipikal (eksogen) dan pada beberapa penderita yang tidak berespon terhadap terapi antidepressif lainnya. MAOI jarang dipakai sebagai obat pilihan.

Kontraindikasi

Hipersensitif terhadap senyawa ini; feokromositoma; gagal jantung kongestif; riwayat penyakit liver atau fungsi liver abnormal; gangguan ginjal parah; gangguan serebrovaskular; penyakit kardiovaskular; hipertensi; riwayat sakit kepala; pemberian bersama dengan MAOI lainnya; senyawa yang terkait dibenzazepin termasuk antidepressan trisiklik, karbamazepin, dan siklobenzaprin; bupropion; SRRI; buspiron; simpatomimetik; meperidin; dekstrometorfan; senyawa anestetik; depresan SSP; antihipertensif; kafein; keju atau makanan lain dengan kandungan tiramin tinggi.

Peringatan

Memburuknya gejala klinik serta risiko bunuh diri: Penderita dengan gangguan depresif mayor, dewasa maupun anak-anak, dapat mengalami perburukan depresinya dan/atau munculnya ide atau perilaku yang mengarah pada bunuh diri (*suicidality*), atau perubahan perilaku yang tidak biasa, yang tidak berkaitan dengan pemakaian antidepressan, dan risiko ini dapat bertahan sampai terjadinya pengurangan jumlah obat secara signifikan. Ada kekhawatiran bahwa antidepressan berperan dalam menginduksi memburuknya depresi dan kemunculan *suicidality* pada penderita tertentu. Antidepressan meningkatkan risiko pemikiran dan perilaku yang mengarah pada bunuh diri (*suicidality*) dalam studi jangka pendek pada anak-anak dan dewasa yang menderita gangguan depresif mayor serta gangguan psikiatrik lainnya.

Krisis hipertensif: reaksi paling serius melibatkan perubahan tekanan darah; tidak dianjurkan untuk menggunakan MAOI pada penderita lanjut usia atau berkondisi lemah atau mengalami hipertensi, penyakit kardiovaskular atau serebrovaskular, atau pemberian bersama obat-obatan atau makanan tertentu. Karakteristik gejala krisis dapat berupa: sakit kepala pada daerah oksipital (belakang) yang dapat menjalar ke daerah frontal (depan), palpitasi (tidak beraturannya pulsa jantung), kekakuan/sakit leher, muntah, berkeringat (terkadang bersama demam atau kulit yang dingin), dilatasi pupil, fotofobia. Takikardia atau bradikardia dapat terjadi dan dapat menyertai sakit dada. Pendarahan intrakranial (terkadang fatal) telah dilaporkan berkaitan dengan peningkatan tekanan darah paradoks. Harus sering diamati tekanan darah, tapi jangan bergantung sepenuhnya pada pembacaan tekanan darah, melainkan penderita harus sering pula diamati. Bila krisis hipertensi terjadi, hentikan

segera penggunaan obat dan laksanakan terapi untuk menurunkan tekanan darah. Jangan menggunakan reserpin parenteral. Sakit kepala cenderung mereda sejalan dengan menurunnya tekanan darah. Berikan senyawa pemblok alfa adrenergik seperti fentolamin 5 mg i.v. perlahan untuk menghindari efek hipotensif berlebihan. Tangani demam dengan pendinginan eksternal.

Peringatan kepada penderita: Peringatkan penderita agar tidak memakan makanan yang kaya tiramin, dopamine, atau triptofan (seperti pada **Tabel 1**) selama pemakaian dan dalam waktu 2 minggu setelah penghentian MAOI. Setiap makanan kaya protein yang telah disimpan lama untuk tujuan peningkatan aroma diduga dapat menyebabkan krisis hipertensif pada penderita yang menggunakan MAOI. Juga peringatkan penderita untuk tidak mengonsumsi minuman beralkohol serta obat-obatan yang mengandung amin simpatomimetik selama terapi dengan MAOI. Instruksikan kepada penderita untuk tidak mengonsumsi kafein dalam bentuk apapun secara berlebihan serta melaporkan segera adanya sakit kepala atau gejala lainnya yang tidak biasa.

Risiko bunuh diri: Pada penderita yang mempunyai kecenderungan bunuh diri, tidak ada satu bentuk penanganan pun, seperti MAOI, elektrokonvulsif, atau terapi lainnya, yang dijadikan sandaran tunggal untuk terapi. Dianjurkan untuk melakukan penanganan ketat, lebih baik dilakukan perawatan di rumah sakit.

Pemberian bersamaan antidepresan: Pada penderita yang menerima suatu SRRI dalam kombinasi dengan MAOI, telah dilaporkan reaksi serius yang terkadang fatal termasuk hipertermia, kekakuan, mioklonus, instabilitas otonom disertai fluktuasi cepat pada tanda vital, dan perubahan status mental termasuk agitasi hebat, yang meningkat menjadi delirium dan koma. Reaksi ini telah terjadi pada penderita yang baru saja menghentikan SRRI dan baru mulai menggunakan MAOI. Bila terjadi pengalihan dari SRRI ke MAOI, maka harus ada selang 2 minggu diantara pergantian. Setelah penghentian fluoxetin, maka harus ada selang 1 atau 2 minggu sebelum mulai menggunakan MAOI. Jangan memberikan MAOI bersama atau segera setelah antidepresan trisiklik. Kombinasi ini menyebabkan seizure, koma, hipereksitabilitas, hipertermia, takhikardia, takhipnea, sakit kepala, midriasis, kemerahan kulit, kebingungan, koagulasi intravaskular meluas, dan kematian. Beri selang paling tidak 14 hari diantara penghentian MAOI dan mulainya antidepresan trisiklik.

Pemutusan obat: Pemutusan obat dapat menyebabkan nausea, muntah, dan kelemahan. Suatu sindrom putus obat setelah pemutusan mendadak jarang terjadi. Tanda dan gejala penghentian dapat bervariasi mulai dari mimpi buruk dengan agitasi sampai psikosis yang jelas dan konvulsi. Sindrom ini umumnya dapat mereda dengan

pemberian kembali MAOI dosis rendah diikuti dengan penurunan dosis perlahan dan penghentian obat.

Gejala yang timbul bersamaan: Tranilspromin dan isokarboksazid dapat memperhebat gejala yang timbul bersamaan pada depresi seperti kecemasan dan agitasi.

Gangguan fungsi ginjal: Penderita harus selalu diawasi karena ada kemungkinan terjadinya efek kumulatif pada penderita yang mengalami gangguan ini.

Karsinogenesis: Fenelzin, seperti turunan hidrazin lainnya, menginduksi tumor pulmonar dan vaskular pada suatu studi tak terkontrol sepanjang hayat pada mencit.

Lanjut usia: Penderita lanjut usia dapat mengalami kesakitan yang lebih parah daripada penderita usia muda selama dan setelah suatu episode hipertensi atau hipertermia malignan akibat pemakaian MAOI. Penderita lanjut usia kurang dapat mengkompensasi reaksi tak dikehendaki yang serius. Tranilspromin harus digunakan dengan hati-hati pada penderita lanjut usia.

Kehamilan: Kategori C. Keamanan penggunaan selama kehamilan belum jelas. Gunakan selama kehamilan atau pada wanita usia subur hanya bila betul-betul dibutuhkan dan bila manfaatnya lebih besar daripada bahaya yang mungkin terjadi pada janin.

Menyusui: Keamanan penggunaan selama menyusui belum jelas. Tranilspromin diekskresi dalam air susu. Karena potensial menyebabkan efek tak dikehendaki yang serius pada bayi menyusui, harus diputuskan apakah menghentikan menyusui atau pemakaian obat, dengan mempertimbangkan pentingnya obat bagi si ibu.

Anak: Keamanan dan khasiat pada populasi anak-anak belum jelas. Bila dipertimbangkan penggunaan MAOI pada anak-anak atau dewasa, harus diperhatikan perimbangan risiko yang mungkin dengan kebutuhan klinik.

Perhatian

Hipotensi: Amati pada semua penderita adanya gejala hipotensi postural. Efek samping hipotensif terjadi pada penderita hipertensif, normal maupun hipotensif. Tekanan darah biasanya segera kembali pada kadar sebelum pengobatan bila obat dihentikan atau dosisnya dikurangi. Pada dosis lebih besar dari 30 mg/hari, hipotensi postural merupakan efek samping utama dan dapat mengakibatkan pingsan. Tingkatkan dosis dengan lebih perlahan pada penderita yang menunjukkan kecenderungan ke arah hipotensi pada permulaan terapi. Hipotensi postural dapat mereda bila penderita berbaring sampai tekanan darahnya kembali normal.

Hipomania: Hipomania merupakan efek samping psikiatrik parah yang paling umum dilaporkan. Hal ini terbatas pada penderita dengan gangguan yang ditandai oleh

gejala hiperkinetik yang terjadi bersamaan dengan efek depresif, tapi dikaburkan oleh efek depresif tersebut. Hipomania biasanya muncul saat depresi membaik. Bila agitasi terjadi, gejala ini dapat ditingkatkan oleh MAOI. Hipomania dan agitasi juga terjadi pada penggunaan obat dalam jumlah yang lebih tinggi daripada dosis yang direkomendasikan atau setelah terapi jangka panjang. Obat dapat menyebabkan stimulasi berlebihan pada penderita yang teragitasi atau skizofrenik; pada keadaan mania-depresif, dapat terjadi peralihan dari fase depresif ke fase mania.

Diabetes: Terdapat bukti yang bertentangan berkenaan dengan apakah MAOI mempengaruhi metabolisme glukosa atau mempotensiasi senyawa hipoglikemik. Hal ini harus dipertimbangkan dalam penggunaan MAOI untuk penderita diabetes.

Epilepsi: Efek MAOI pada ambang konvulsi dapat bervariasi. Jangan menggunakan MAOI bersama metrizamid, hentikan penggunaan MAOI paling tidak 48 jam sebelum myelografi dan lanjutkan paling tidak 24 jam setelah melakukan prosedur.

Hepatotoksitas: Terdapat insidensi rendah perubahan fungsi hati atau jaundice pada penderita yang ditangani dengan isokarboksida. Lakukan uji kimia hati berkala selama terapi. Hentikan obat pada saat pertama kali adanya tanda disfungsi hati atau jaundice.

Iskemik miokardial: MAOI dapat menekan nyeri angina yang justru dapat menjadi peringatan iskemik miokardial.

Penderita hipertiroid: Penggunaan tranilsipromin dan isokarboksida harus dilakukan dengan hati-hati karena adanya peningkatan sensitivitas terhadap amin penekan.

Mengganti MAOI: Pada beberapa laporan kasus, krisis hipertensif, pendarahan serebral, dan kematian dapat terjadi karena penggantian MAOI ke obat lain tanpa adanya periode jeda. Periode jeda selama 10-14 hari dianjurkan jika mengganti suatu MAOI ke yang lainnya atau dari suatu senyawa dibenzazepin (misalnya amitriptilin, perfenazin).

Penyalahgunaan obat dan ketergantungan: Telah dilaporkan kasus ketergantungan obat pada penderita yang menggunakan tranilsipromin dan isokarboksida dalam dosis berlebih dari rentang terapeutik. Beberapa dari penderita tersebut memiliki riwayat penyalahgunaan obat. Gejala pemutusan obat berikut telah dilaporkan: resah, cemas, depresi, bingung, halusinasi, sakit kepala, lemah, diare.

Reaksi Obat tak Dikehendaki

- Umum:

Kardiovaskular – hipotensi ortostatik; pingsan; palpitasi; takhikardia.

SSP – pusing; sakit kepala; hiperrefleksia; tremor; kejutan otot; mania; hipomania; bingung; gangguan memori; gangguan tidur termasuk hipersomnia dan insomnia;

lemah; mengantuk; resah; overstimulasi termasuk peningkatan gejala kecemasan, agitasi, dan manik.

Saluran cerna – Konstipasi; gangguan saluran cerna; mual; diare; nyeri abdomen.

Lain-lain – Edema; mulut kering; peningkatan transaminase serum; kenaikan bobot badan; gangguan seksual; anoreksia; penglihatan kabur; impotensi; menggigil.

- *Kurang umum:*

SSP – Gugup; euphoria; palilalia (mengulang-ulang perkataan); parestesia; menggigil; sentakan otot mioklonik; cemas; hiperaktivitas; lelah; sedasi.

Genitouriner – retensi/sering urinasi; impotensi.

Hematologi – perubahan hematologik termasuk anemia, agranulositosis dan trombositopenia; leukopenia.

Optalmik – Glaukoma; nistagmus; penglihatan kabur.

Lain-lain – berkeringat; ruam kulit; hipernatremia; pingsan; perasaan berat; palpitasi.

- *Jarang:*

SSP – konvulsi; ataksia; koma mirip syok; reaksi cemas akut; serangan tiba-tiba skizoprenia; sakit kepala tanpa peningkatan tekanan darah; kaku otot; hentakan mioklonik; sensasi abnormal; bingung; hilang memori.

Genitourinari – Gangguan ekskresi air.

Hati – Jaundice yang reversible; hepatitis; kerusakan sel hati nekrotik.

Metabolik – Sindrom hipermetabolik yang meliputi, tapi tidak terbatas pada, hiperpireksia, takhikardia, takhipnea, kekakuan otot, peningkatan kadar keratin kinase, asidosis metabolik, hipoksia, dan koma yang menyerupai overdosis.

Lain-lain – Edema pada glottis; depresi respirasi dan kardiovaskular setelah terapi elektrokonvulsif; leukopenia; sindrom mirip lupus; demam yang terkait dengan peningkatan tonus otot; tinitus; skleroderma setempat; pemerahan akne sistik, ataksia, akinesia, disorientasi, urinasi yang sering dan mengompol, urtikaria, lipatan pada sudut mulut (tranilsipromin); ruam kulit; masalah ejakulasi; tremor.

Overdosis

Gejala: Bergantung pada jumlah overdosis, dapat terjadi gambaran klinik campuran yang melibatkan gejala SSP, stimulasi serta depresi kardiovaskular. Tanda dan gejala mungkin tidak nampak atau minimal selama periode 12 jam pertama setelah makan obat dan seterusnya berkembang perlahan-lahan, mencapai maksimum dalam 24 sampai 48 jam. Penderita harus segera dibawa ke rumah sakit, dan selama periode ini harus dimonitor terus-menerus.

Gejala awal toksisitas MOAI termasuk: iritabilitas; hiperaktivitas; cemas; hipotensi; kolaps vascular; insomnia; gelisah; pusing; pingsan; trismus (kontraksi terus-menerus otot geraham); pemerahan kulit; berkeringat; takhipnea; takhikardia; gangguan pergerakan termasuk perubahan raut wajah, kejang (opistotonus), kaku, gerakan klonik serta fasikulasi (kontraksi kasar) otot; sakit kepala berat. Pada kasus yang serius dapat terjadi koma, konvulsi, hipertensi dengan sakit kepala yang parah, nyeri sekitar dada (prekordial), depresi gagal pernapasan, pireksia (demam), hiperpireksia (demam sangat tinggi), diaforesis (berkeringat), kulit dingin, berhentinya aktivitas jantung dan pernapasan, bingung (inconsistence), agitasi, bingung (mental confusion), pusing berat, syok, dan kematian. Pada kasus tertentu telah dilaporkan terjadinya hipertensi yang disertai dengan kejutan atau fibrilasi mioklonik otot rangka bersama hiperpireksia, ada kalanya berlanjut menjadi kekakuan menyeluruh serta koma.

Penanganan: Induksi emesis atau bilas lambung dengan memberikan karbon aktif pada awal keracunan; lindungi jalan udara dari menghirup cairan/benda asing. Pertahankan respirasi dengan cara yang tepat, termasuk penanganan jalan udara, penggunaan suplemen oksigen, dan pertolongan ventilasi mekanik sebagaimana diperlukan.

Kardiovaskular – Komplikasi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hipotensi; karenanya harus hati-hati kalau memberikan senyawa aktif kardiovaskular dan harus selalu dilakukan pemantauan tekanan darah. Hipertensi parah dapat ditangani dengan suatu pemblok alfa-adrenergik (seperti fentolamin, fenoksibenzamin). Senyawa pemblok beta dapat digunakan untuk takhikardia, takhipnea, dan hiperpireksia; akan tetapi masih diperlukan lebih banyak data. Tangani hipotensi dan kolaps vascular dengan cairan i.v. dan, bila perlu, berikan infus intravena senyawa presor encer. Pemberian amin presor seperti norepinefrin mungkin memiliki keterbatasan, karena efeknya dapat dipotensiasi. Senyawa adrenergik dapat meningkatkan respons presor.

SSP – Stimulasi SSP, termasuk konvulsi, dapat ditangani dengan diazepam i.v. yang diberikan secara perlahan. Hindari turunan fenotiazin dan stimulan SSP. Pantau temperatur tubuh dengan seksama. Mungkin diperlukan penanganan hiperpireksia. Pemeliharaan keseimbangan cairan dan elektrolit sangat esensial.

Hemodialisis, dialysis peritoneal, dan hemoperfusi karbon aktif mungkin diperlukan pada kasus overdosis dalam jumlah banyak (masif), tapi tidak ada data yang cukup untuk merekomendasi penggunaan rutinnya. Pendinginan eksternal dianjurkan jika terjadi hiperpireksia. Barbiturat dilaporkan dapat membantu meringankan reaksi mioklonik.

Efek patofisiologik overdosis masif dapat berlangsung selama beberapa hari; perbaikan dari overdosis sedang diperkirakan terjadi dalam 3 sampai 4 hari. Lanjutkan

penanganan selama beberapa hari sampai dicapai kembali homeostasis. Telaah fungsi hati dianjurkan selama 4 sampai 6 minggu setelah sembuh. Belum diketahui apakah tranilsipromin dapat didialisa.

Interaksi MAOI dengan Makanan

Interaksi obat/makanan: Peringatkan semua penderita untuk tidak memakan makanan dengan kandungan tiramin tinggi, karena dapat terjadi krisis hipertensif.

Tabel 1. Makanan yang mengandung tiramin^a

Susu/produk telur		
American Blue ^b Boursault ^b Brie	Camembert ^b Cheddar ^b Emmenthaler ^b Gruyere Mozzarella Permesan	Romano Roquefort Sour cream Stilton ^b Swiss ^b Yogurt
Daging/Ikan		
Anchovy Hati sapi ^b atau ayam, daging lain, ikan (tidak direfrigerasi, difermentasi, rusak (spoiled), diasap, diacar) Caviar	Sosis terfermentasi (bologna, pepperoni, salami, summer sausage) ^b Ikan yang dikeringkan (salted herring) Sosis kering Binatang buruan liar ^b	Ekstrak daging Daging yang disiapkan dengan penolak Herring, diacar, rusak (spoiled) Pasta udang
Minuman beralkohol		
Beer (import, beberapa tak beralkohol)	Anggur merah (terutama Chianti)	Sherry ^b Minuman hasil distilasi Minuman
Buah-buahan/Sayuran		
Pisang Bean curd Buah yang dikeringkan (e.g. raisin, prune)	Buah (e.g. alpukat, terutama yang terlalu matang) Fig, kalengan (terlalu matang) Sup miso Raspberry	Acar kubis (sauerkraut) ^b Kecap Ekstrak ragi ^b
Makanan yang Mengandung Vasopresor Lain		
Kacang besar (e.g. kacang fava) – dopa ^b	Kafein (e.g. kopi, teh, kola)	Coklat – fenetilamin Ginseng

Keterangan :

^aKandungan tiramin tidak dapat diprediksi dan dapat bervariasi. Jumlah tiramin diurutkan dari rendah ke tinggi.

^bKandungan tiramin tinggi sampai tinggi sekali.

Tabel 2. Interaksi MAOI dengan Obat

Pencetus (precipitant)	Obat sasaran		Deskripsi
Metilfenidat	MAOI	N	Pemberian bersama dapat menyebabkan krisis hipertensif
Metrizamid	MAOI	N	Hentikan MAO paling tidak 48 jam sebelum myelografi dan jangan memulai lagi pemakaian paling tidak 24 jam setelah prosedur karena adanya penurunan ambang seizure
MAOI	Anestetik	N	Penderita yang memakai MAOI tidak boleh menjalani pembedahan pilihan yang memerlukan anestesi umum. Jangan memberikan kokain atau anestetik lokal yang mengandung vasokonstriktor simpatomimetik. Perlu diperhatikan kemungkinan efek hipotensif gabungan dari MAO dan anesthesia spinal. Hentikan MAO paling tidak 10 hari sebelum pembedahan pilihan.
MAOI	Anti depresan	N	Jangan memberikan MAOI bersama dengan atau segera setelah pemberian antidepresan. Telah dilaporkan reaksi serius yang terkadang fatal (termasuk hipertermia, kekakuan, mioklonus, instabilitas otonom dengan kemungkinan fluktuasi tanda vital, dan perubahan status mental yang meliputi agitasi hebat dan kebingungan yang berkembang ke delirium dan koma). Jangan memberikan MAOI dalam urutan yang rapat bersama MAOI lainnya.
MAOI	Anti diabetes	N	MAOI dapat mempotensiasi respon hipoglikemik terhadap insulin atau sulfonilurea dan menunda perbaikan hipoglikemia.
MAOI	Barbiturat	N	Berikan barbiturat pada dosis yang lebih rendah dalam kombinasi dngan MAOI
MAOI	Pemblok beta	N	Bradikardia dapat terjadi selama penggunaan bersama MAOI tertentu dengan pemblok beta
MAOI	Burpotion	N	Penggunaan bersama suatu MAOI dengan bupropion HCl dikontraindikasikan. Berikan jeda paling tidak 14 hari antara penghentian MAOI dan dimulainya penanganan bupropion HCl.
MAOI	Buspiron	N	Jangan makan isokarboksazid dalam kombinasi dengan buspiron. Telah terjadi beberapa kasus peningkatan tekanan darah. Berikan jeda paling tidak 10 hari antara penghentian isokarboksazid dan mulainya pemakaian buspiron.
MAOI	Karbama-zepin	N	Dapat terjadi krisis hipertensif, seizure konvulsif berat, koma, atau kolaps sirkular pada penderita yang menerima kombinasi ini.
MAOI	Sikloben-zaprin	N	Karena siklobenzaprin strukturnya dekat dengan antidepresan trisiklik, gunakanlah dengan hati-hati dalam kombinasi dengan MAOI.
MAOI	Dekstrome-torfan	N	Hiperpireksia, gerakan otot abnormal, psikosis, perilaku aneh, hipotensi, koma, dan kematian telah dikaitkan dengan kombinasi ini.
MAOI	Guanetidin	T	MAOI dapat menghambat efek hipotensif guanetidin.
MAOI	Levodopa	N	Dapat terjadi reaksi hipersensitif jika levodopa diberikan pada penderita yang sedang menggunakan MAOI.
MAOI	Meperidin	N	Pemberian bersama atau penggunaan dalam 2 sampai 3 minggu diantara keduanya dapat menyebabkan agitasi, seizure, diaforesis, dan demam, dan berkembang menjadi koma, apnea dan kematian. Reaksi tak dikehendaki mungkin terjadi beberapa minggu setelah penghentian MAOI. Hindari kombinasi ini; berikan analgesik narkotik lain dengan hati-hati.
MOAI	Metildopa	N	Pemberian bersama dapat menyebabkan hilangnya kontrol tekanan darah atau tanda stimulasi sentral (seperti eksitasi, halusinasi).
MAOI	Alkaloid Rauwolfia	N	MAOI menghambat destruksi serotonin dan epinefrin, yang diyakini dilepaskan dari penyimpanan di jaringan oleh alkaloid

			rauwolfia. Awasi penggunaan rauwolfia bersama MAOI.
MAOI	Sulfonamida	N	Pemberian bersama dapat menyebabkan toksisitas sulfonamida atau MAOI.
Sulfonamida	MAOI	N	
MAOI	Sumatriptan	N	Paparan sistemik terhadap sumatriptan dapat meningkat, menyebabkan toksisitas.
MAOI	Simpatomimetik	N	Potensiasi MAOI terhadap senyawa simpatomimetik kerja langsung atau kerja campuran, termasuk penekan nafsu makan, dapat menyebabkan sakit kepala parah, hipertensi, demam tinggi, dan hiperpireksia, kemungkinan akan berakibat pada krisis hipertensif; hindari pemberian bersama.
MAOI	Diuretic tiazid	N	Efek hipotensif hebat dapat timbul karena pemberian bersama
MAOI	L-Triptofan	N	Pemberian bersama dapat menyebabkan hiperrefleksia, bingung, disorientasi, gemetar, hentakan mioklonik, agitasi, amnesia, delirium, tanda hipomania, ataksia, osilasi mata, tanda Babinski.

Keterangan : N: obat sasaran meningkat; T: obat sasaran menurun

Moclobemid

Dosis lazim : 300 mg/ hari terbagi dalam 2-3 dosis dapat dinaikkan sampai dengan 600 mg/ hari .

Kontra Indikasi : hipersensitif terhadap moclobemid

Interaksi Obat : simetidin dapat memperpanjang metabolisme moclobemid, memperkuat efek opium. **Perhatian** : Hamil, laktasi, anak. Penderita gangguan depresif dengan agitasi dan eksitasi harus diobati dengan kombinasi sedatif.

Tabel 3. Klasifikasi, Farmakologi dan Farmakokinetika Antidepresan

Obat	Blokade reuptake			Bioavailabilitas (Oral)	Ikatan Obat	Waktu paro (Metabolit aktif)
	Serotonin	Norepinefrin	Dopamin			
SSRI						
Fluoxetin	++++	0/+	0	80%	95%	24-72 (146)
Sertralin	++++	0/+	+	>44%	95%	26 (66)
Paroxetin	+++++	0	0	64%	99%	24
Citalopram	++++	+	0	80%	<80%	33
Escitalopram	++++	0	0	80	56	27-32
Fluvoksamin	++++	0	0	53	77	15-26
Trisiklik						
Desipramin	+	+++++	++	51%	90%	12-28
Notriptilin	++	+++	++	46-56%	92%	18-56
Amitriptilin	++++	++++	++++	37-49%	95%	9-46 (18-56)
Imipramin	+++	++	+++	19-35%	95%	6-28 (12-28)
Doxepin	+++	+	+++	17-37%	68-85%	11-23
Klomipramin	+++	++	++++	36-62%	97%	20-24
Lain-lain						
Bupropion	0/+	+	+	>90%	85%	10-21
Venlafaxin	++++	+++	0	92%	25-29%	4 (10)
Nefazodon	+++	0	0	20%	99%	4-5 (4-18)
Mirtazapin	+++	++++	0	50%	85%	20-40
Maprotilin	+	+++	+++	79-87%	88%	28-105
Amoxapin	++	+++	+++	-	90%	8-30

Keterangan : 0 atau berarti tidak ada, semakin banyak + semakin kuat, - data tidak tersedia

BAB V
PERAN APOTEKER DALAM PELAYANAN KEFARMASIAN
(*PHARMACEUTICAL CARE*)

5.1. Pelayanan Kefarmasian

Dalam evolusi perkembangan pelayanan farmasi telah terjadi pergeseran orientasi pelayanan dari orientasi terhadap produk menjadi orientasi terhadap kepentingan penderita yang dilatarbelakangi oleh perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan. Orientasi terhadap kepentingan penderita tanpa mengesampingkan orientasi produk dikenal dengan konsep *Pharmaceutical Care*. Dengan banyak ditemukannya masalah yang berkaitan dengan obat dan penggunaannya; semakin meningkatnya tingkat pendidikan masyarakat serta adanya tuntutan dari masyarakat akan pelayanan kefarmasian yang bermutu, *Pharmaceutical Care* merupakan hal yang mutlak harus diterapkan.

Secara prinsip, *Pharmaceutical Care* atau pelayanan kefarmasian terdiri dari beberapa tahap yang harus dilaksanakan secara berurutan:

1. Penyusunan Informasi Dasar Atau *Database* Penderita
2. Evaluasi
3. Penyusunan RPK
4. Implementasi RPK
5. Implementasi Monitoring dan Konseling
6. Tindak Lanjut

A. Penyusunan Informasi Dasar Atau *Database* Penderita

Penyusunan database dilakukan dengan menyalin nama, umur, berat badan penderita serta terapi yang diberikan yang tertera pada resep atau rekam medik (*medical record*). Mengenai masalah medis (diagnosis, gejala), apoteker melakukan pengkajian dan menyusun perkiraan masalah yang mungkin timbul pada penderita dari terapi yang diberikan. Masalah tersebut selanjutnya dikonfirmasi ulang kepada penderita atau keluarga dan dokter bila perlu. Yang perlu ditanyakan pada penderita - keluarga adalah :

- Obat yang digunakan saat ini
- Obat yang dipakai untuk jangka panjang
- Kemajuan terapi
- Obat yang sama harus diteruskan kecuali diputuskan lain oleh dokter
- Obat tidak boleh dihentikan tanpa sepengetahuan dokter
- Jika suatu obat tidak efektif, dapat dicoba obat yang lain
- Evaluasi ulang sangat penting untuk beberapa bulan berikutnya
- Riwayat penyakit
- Pengalaman Reaksi Obat yang Tidak Diharapkan (ROTD)

Hal ini diperlukan untuk mengantisipasi munculnya efek samping dan efek yang disebabkan masalah terapi obat lainnya, serta untuk membantu pemilihan obat.

Tabel 4. Informasi Kontak

Nama		Pria/wanita
Alamat	Jl, kota/ kelurahan/dll	
Telpon	Rumah, HP	
Dokter keluarga/merawat		

Tabel 5. Demografi Pasien

Nama		Pria/wanita
Umur	Tg lahir	
Berat Badan	Tinggi	
Hamil	Menyusui	Tg melahirkan
Pekerjaan		
Anggota keluarga di rumah		
Asuransi		

Bagi penderita anak atau lanjut usia perlu dicatat nama serta alamat penanggung jawab dan hubungan keluarga.

Tabel 6. Terapi Obat Saat Ini

Indikasi	Obat	Dosis/Regimen	Tg dimulai	Respons Efektivitas/keamanan

Tabel 7. Terapi Obat Yang Lalu

Indikasi	Obat	Dosis/Regimen	Tg dimulai	Respons Efektivitas/keamanan

B. Evaluasi Atau Pengkajian (*Assessment*).

Tujuan yang ingin dicapai dari tahap ini adalah identifikasi masalah yang berkaitan dengan terapi obat. Pelaksanaan pengkajian dilakukan dengan membandingkan data rekam medik, terapi, dan *database* yang telah disusun, kemudian dikaitkan dengan pengetahuan tentang farmakoterapi, farmakologi dan ilmu pengetahuan lain yang berkaitan. Tujuan yang ingin dicapai dari tahap ini adalah identifikasi masalah yang berkaitan dengan terapi obat. Pelaksanaan pengkajian dilakukan dengan membandingkan data rekam medik, terapi, dan *database* yang telah disusun, kemudian dikaitkan dengan pengetahuan tentang farmakoterapi, farmakologi dan ilmu pengetahuan lain yang berkaitan.

Kaji apakah penderita memakai/minum obat-obat yang depresogenik (contoh: steroid narkotik, sedatif/hipnotik, benzodiazepin, antihipertensi, histamin-2 antagonis, beta-bloker, antipsikotik, imunosupresif, sitotoksik).

Tabel 8. Evaluasi Masalah Terapi Obat

KEBUTUHAN	MASALAH TERAPI OBAT
Ketepatan Indikasi	Terapi yang tidak perlu
Efektivitas	Obat yang salah
	Dosis terlalu rendah
Keamanan (Safety)	Adverse Drug Reaction
	Dosis terlalu tinggi
Ketaatan	Tidak taat
Kondisi tidak diobati	Butuh tambahan terapi

MASALAH TERAPI OBAT (*DRUG RELATED PROBLEM*) dalam pengobatan antidepresan yang harus dipecahkan dan frekuensi kemungkinan terjadinya.

Tabel 9. Masalah Terapi Obat

Kondisi medis & MTO	INDIKASI
	Terapi obat yang tidak perlu (8%)
	<ul style="list-style-type: none"> o Tidak ada indikasi o Duplikasi terapi o Indikasi terapi non obat o Pengobatan ADR yang dapat dihindari o Adiktif
	Mebutuhkan Tambahan Terapi Obat (17%)
	<ul style="list-style-type: none"> o Kondisi belum di obati o Pencegahan/profilaksis o Sinergis/potensiasi
Kondisi medis & MTO	EFEKTIVITAS
	Mebutuhkan obat lain (9%)
	<ul style="list-style-type: none"> o Obat yang lebih efektif o Kondisi refraktori terhadap obat o Bentuk sediaan kurang tepat o Tidak efektif terhadap kondisi
	Dosis terlalu rendah (20%)
	<ul style="list-style-type: none"> o Dosis salah (terlalu rendah) o Membutuhkan obat lain o Frekuensi kurang tepat o Durasi kurang tepat o Interaksi obat o Cara pemberian kurang tepat

Kondisi medis & MTO	KEAMANAN (SAFETY)
	Adverse Drug Reaction (ADR) (25%)
	<ul style="list-style-type: none"> o Efek tak dikehendaki o Obat tidak aman untuk penderita o Interaksi obat o Dosis diberikan atau dirubah terlalu cepat o Reaksi alergi o Kontraindikasi
	Dosis terlalu tinggi (3%)
	<ul style="list-style-type: none"> o Dosis salah (terlalu tinggi) o Frekuensi kurang tepat o Durasi kurang tepat o Interaksi obat o Cara pemberian kurang tepat
Kondisi medis & MTO	KETAATAN (COMPLIANCE)
	Ketidak taatan (Non Compliance) (18%)
	<ul style="list-style-type: none"> o Instruksi tidak difahami o Penderita memilih tidak minum/pakai o Penderita lupa minum/pakai o Penderita tidak mampu membeli obat o Penderita tidak dapat menelan/memakai o Ketersediaan obat (tidak ada)

Tabel 10. Informasi yang perlu diketahui oleh apoteker untuk meningkatkan kepatuhan minum obat

	Kebutuhan perhatian	
Bagaimana <i>attitude</i> penderita tentang minum obat?	Y	N
Apa yang diharapkan penderita tentang terapi obat untuknya?	Y	N
Apa yang dikhawatirkan penderita tentang obatnya?	Y	N
Sejauh mana penderita memahami obatnya?	Y	N
Apakah budaya, agama, isu etikal mempengaruhi kemauannya ?	Y	N
Gambarkan perilaku penderita dalam minum obatnya		

C. Penyusunan Rencana Pelayanan Kefarmasian (RPK).

1) Rekomendasi terapi

Apabila di dalam pengkajian resep ditemukan masalah terkait obat (MTO) maka dibuat rekomendasi terapi yang berisi saran tentang pemilihan/penggantian obat, perubahan dosis, interval dan bentuk sediaan.

Penggantian obat / perubahan dosis pada penggunaan obat antidepresi harus diperhatikan karena dapat berakibat fatal seperti keinginan bunuh diri.

Tabel 11. Rekomendasi Terapi

INDIKASI	LANGKAH
Terapi obat yang tidak perlu	
Tidak ada indikasi	
Duplikasi terapi	
Indikasi terapi non obat	
Pengobatan ADR yang dapat dihindari	
Membutuhkan Tambahan Terapi Obat	
Kondisi belum di obati	
Pencegahan/profilaksis	
Sinergis/potensiasi	
EFEKTIVITAS	
Membutuhkan obat lain	
Obat yang lebih efektif	
Kondisi refraktori terhadap obat	
Bentuk sediaan kurang tepat	
Tidak efektif terhadap kondisi	
Dosis terlalu rendah	
Dosis salah (terlalu rendah)	
Membutuhkan obat lain	
Frekuensi kurang tepat	
Durasi kurang tepat	
Interaksi obat	
Cara pemberian kurang tepat	
KEAMANAN (SAFETY)	
Reaksi Obat Tidak Dikehendaki (ROTD)	
Adverse Drug Reaction (ADR)	
Efek tak dikehendaki	
Obat tidak aman untuk penderita	
Interaksi obat	
Dosis diberikan atau dirubah terlalu cepat	
Reaksi alergi	
Kontraindikasi	
Dosis terlalu tinggi	
Dosis salah (terlalu tinggi)	
Frekuensi kurang tepat	
Durasi kurang tepat	
Interaksi obat	
Cara pemberian kurang tepat	

KETAATAN (COMPLIANCE)	
Ketidak taatan (Non Compliance)	
Instruksi tidak difahami	
Penderita memilih tidak minum/pakai	
Penderita lupa minum/pakai	
Penderita tidak mampu membeli obat	
Penderita tidak dapat menelan/ memakai	
Ketersediaan obat (tidak ada)	

Lama Terapi Antidepresan

Fase Terapi Akut : 3 bulan

Fase Terapi Lanjutan : 4-9 bulan

Fase Terapi Rumatan : bervariasi

- Terapi akut dan lanjutan dianjurkan untuk semua penderita dengan gangguan depresif mayor (misal lama terapi = 7 bulan)
- Keputusan untuk memberikan terapi rumatan didasarkan pada:
 - Jumlah episode sebelumnya
 - Beratnya episode sebelumnya
 - Riwayat gangguan depresif pada keluarga
 - Usia penderita (prognosis memburuk bila lansia)
 - Respon terhadap antidepresan
 - Menetapnya stresor (pencetus) lingkungan
- Terapi rumatan dianjurkan bila ada salah satu dari kriteria berikut :
 1. Tiga atau lebih episode depresif sebelumnya (tanpa memperhatikan usia)
 2. Dua atau lebih episode sebelumnya dan usia lebih dari 50 tahun
 3. Satu atau lebih dan usia lebih dari 60 tahun

Penghentian Antidepresan

Withdrawal syndrome

- Memburuk dengan paroxetin, venlafaxin
- Gejala: pusing, mual, parestesia, cemas/insomnia
- Onset: 36-72 jam
- Durasi: 3-7 hari

Jadwal penurunan dosis/*tapering* (untuk penderita yang menerima terapi jangka lama)

- Fluoxetin : umumnya tidak perlu *tapering*
- Sertralin : penurunan dosis 50 mg setiap 1-2 minggu
- Paroxetin : penurunan dosis 10 mg setiap 1-2 minggu
- Citalopram : penurunan dosis 10 mg setiap 1-2 minggu
- Venlafaxin : penurunan dosis 25-50 mg setiap 1-2 minggu
- Nefazodon : penurunan dosis 50-100 mg setiap 1-2 minggu
- Bupropion : umumnya tidak perlu *tapering*
- Trisiklik : penurunan dosis 1%-25% setiap 1-2 minggu

Keterangan : Risiko kambuh/*relaps* paling besar 1 - 6 bulan setelah penghentian

Ada beberapa hal yang perlu dicermati berkaitan dengan kegagalan terapi:

1. Menggunakan benzodiazepin atau anxiolitik sebagai obat tunggal dalam memberikan terapi gangguan depresif tidak akan menyembuhkan depresinya
2. Kegagalan memonitor hasil pengobatan, efek samping dan kepatuhan berobat. Setiap pengobatan menuntut adanya evaluasi yang baik dan terus menerus terhadap ketiga aspek tersebut. Sehingga dapat dilakukan penyesuaian yang perlu
3. Seringkali digunakan dosis yang terlalu rendah dari yang dianjurkan. (analoginya adalah memberikan antibiotika dengan dosis yang tidak cukup untuk membunuh bakteri)
4. Terlalu cepat menghentikan obat. Obat tidak boleh dihentikan setelah penderita menunjukkan respon. Penghentian yang terlalu dini akan berisiko besar untuk kambuh.
5. Polifarmasi (kombinasi obat yang tidak perlu atau tidak rasional) akan memperbesar kemungkinan timbulnya efek samping dan interaksi obat yang pada gilirannya menurunkan ketaatan dalam berobatan.
6. Tidak mengedukasi penderita dan keluarga sehingga mereka tidak memahami dengan baik rencana terapi, efek dan efek samping obat dan apa yang harus mereka lakukan. Akibatnya keterlibatan mereka dalam proses terapi sangat terbatas.

2) Rencana Monitoring

Rencana monitoring terapi obat meliputi:

a. Monitoring efektivitas terapi.

Monitoring terapi obat pada gangguan depresif dilakukan dengan memantau tanda dan gejala klinis. Apoteker perlu memperhatikan kepatuhan penderita dalam menggunakan obat dan mengetahui alasan ketidakpatuhan penderita. Penderita dirujuk ke dokter (psikiater) apabila menunjukkan gejala-gejala psikosis atau pikiran bunuh diri; penderita tidak berespon terhadap satu atau dua pengobatan yang adekuat; atau gejala memburuk.

b. Monitoring Reaksi Obat Tidak Dikehendaki (ROTD)

Meliputi efek samping obat, alergi dan interaksi obat. Pelaksanaan monitoring terapi obat bagi penderita rawat jalan memiliki keterbatasan bila dibandingkan dengan penderita rawat inap, antara lain kesulitan untuk mengikuti perkembangan penderita. Metode yang digunakan antara lain adalah monitoring melalui telepon baik apoteker yang menghubungi maupun sebaliknya, penderita melaporkan melalui telepon tentang kejadian yang tidak diharapkan kepada apoteker. Khususnya dalam memonitor terjadinya ROTD, perlu disampaikan ROTD yang potensial akan terjadi serta memiliki signifikansi secara klinik dalam konseling kepada penderita. Selain itu penderita/keluarga dihimbau untuk melaporkan kejadian yang dicurigai ROTD kepada apoteker. Selanjutnya apoteker dapat menyusun rekomendasi terkait ROTD tersebut untuk diteruskan kepada dokter yang bersangkutan.

Tabel 12. ROTD dari Antidepresan

Obat	Sedasi	Agitasi/ Insomnia	Efek Antikolinergik	Hipotensi Ortostatik	Efek Saluran Cerna (Nausea/Diare)	Disfungsi Seksual	Peningkatan Berat Badan
SSRI							
Fluoxetin	+	++++	0/+	0/+	++++	++++	+
Sertralin	+	+++	0/+	0	+++	+++	+
Paroxetin	++	++	+	0	+++	++++	++
Citalopram	++	++	0/+	0	+++	++	+

Trisiklik							
Desipramin	++	+	++	+++	0/+	+	++
Notriptylin	++	+	++	++	0/+	+	++
Amitriptylin	++++	0/+	++++	++++	0/+	++	+++
Imipramine	+++	0/+	+++	++++	0/+	++	++
Doxepin	++++	0/+	++++	++++	0/+	++	++
Lain-lain							
Bupropion	0	+++	+	0	+	0/+	0
Venlafaxin	++	++	+	0	+++	+++	+
Nefazodon	+++	+	+	++	++	0/+	0/+
Mirtazapin	++++	0	++	0/+	+	0/+	+++

c. Monitoring ketaatan

Untuk memastikan kalau penderita tidak responsif terhadap terapi, harus dipastikan dahulu apakah penderita :

- Taat
- Mendapatkan dosis yang cukup untuk periode yang cukup
- Bila minum antidepresan trisiklik, sebaiknya diperiksa kadar obat dalam serum, terutama pada lanjut usia, dan penderita yang minum obat lain yang dapat merubah farmakokinetik TCA

Tabel 13. Efektivitas Terapi

<i>Acute Phase</i>	Jadwalkan <i>follow up pertama</i> dalam waktu 2 minggu sejak pengobatan dimulai. Penderita dengan depresi yang parah atau risiko tinggi keracunan, butuh <i>follow up</i> lebih cepat. Mungkin belum ada kemajuan pada kunjungan awal.
	<i>Follow up</i> dilanjutkan tiap 2 minggu sampai kemajuan kelihatan. Bila pengobatan cukup baik dalam 4 minggu akan terlihat kemajuan, bila tidak sesuaikan dosis sesuai <i>guidelines</i>
	Setelah ada kemajuan , <i>follow up</i> dapat dijadwalkan setiap 3 bulan.
<i>Continuation Phase</i>	Penderita yang mereda pada waktu 3 bulan kemungkinan kambuh lebih kecil

	Dalam waktu 16-20 minggu setelah mereda, penderita yang telah diobati sejak <i>acute phase</i> , sebaiknya dilanjutkan dengan obat dan dosis yang sama untuk mencegah kambuh.
	Frekuensi <i>follow up</i> tergantung pada kondisi klinis penderita.
Maintenance Phase	Phase ini hendaknya dianggap sebagai kelanjutan <i>Continuation Phase</i> .
	<i>Maintenance Phase</i> hendaknya terdiri dari terapi dan dosis yang sama dari fase –fase sebelumnya selama toleran.
	Frekuensi <i>follow up</i> tergantung pada kondisi klinis penderita. Frekuensi dapat berkisar setiap 2-3 bulan bila stabil dan dapat juga beberapa kali seminggu untuk penderita yang parah.
SAFETY	Menurut studi, risiko perilaku bunuh diri nonfatal lebih tinggi pada awal terapi (amitriptilin, fluoxetin, paroxetin) dibandingkan pada fase fase berikutnya. Risiko tertinggi adalah hari 1-9, dibandingkan dengan 90 hari atau lebih setelah memulai pengobatan.
	Sebelum pengobatan, dikaji kebutuhan penderita untuk dirawat. Rawat inap diperlukan bagi penderita yang parah, kecenderungan menyakiti diri sendiri atau orang lain, dengan komplikasi penyakit jiwa yang lain.
	<u>Faktor risiko bunuh diri:</u> Menunjukkan rencana bunuh diri Mempunyai akses sarana bunuh diri Menunjukkan simptom psikotik, halusinasi dll Menunjukkan pemakaian alkohol atau obat-obat terlarang Mempunyai riwayat akan bunuh diri Riwayat keluarga

3) Rencana Konseling

Rencana konseling memuat pokok-pokok materi konseling yang akan disampaikan.

Tujuan pemberian konseling kepada penderita adalah untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan kemampuan penderita dalam menjalani

pengobatannya serta untuk memantau perkembangan terapi yang dijalani penderita. Ada tiga pertanyaan utama (*Three Prime Questions*) yang dapat digunakan oleh Apoteker dalam membuka sesi konseling yang disampaikan kepada penderita atau keluarganya. Pertanyaan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Apa yang telah diinformasikan oleh dokter tentang obat anda?
2. Bagaimana penjelasan dokter tentang cara minum obat anda?
3. Apa yang dokter jelaskan tentang harapan setelah minum obat anda?

Pengajuan ketiga pertanyaan di atas dilakukan dengan tujuan agar tidak terjadi pemberian informasi berulang atau yang bertentangan dengan informasi yang telah disampaikan oleh dokter, untuk menggali pemahaman penderita mengenai terapinya dan memberikan edukasi yang tepat pada penderita dan keluarganya.

Konseling seyogyanya dapat dilakukan secara berkesinambungan dan sekaligus berfungsi sebagai proses pemantauan.

1. Bagaimana penjelasan dokter tentang obat anda ?

Perlu dipastikan bahwa kegunaan obat ini untuk apa? Obat anti depresan juga dapat digunakan untuk hal lain : misalnya mengatasi nyeri pada neuropati. Apabila untuk mengatasi depresi, perlu digali seberapa jauh penderita/keluarga memahaminya. Konseling yang dapat diberikan diantaranya :

- Depresi bukan merupakan suatu kelemahan karakter
- Antidepresan mempunyai efektivitas yang sama

2. Bagaimana penjelasan dokter tentang cara minum obat anda?

Antidepresan sebaiknya diminum pada waktu yang sama setiap hari. Hal ini perlu ditekankan pada setiap kali pertemuan. Antidepresan harus diminum minimal 6 – 9 bulan, sesuai saran dokter. Antidepresan diteruskan diminum, walaupun sudah merasa nyaman. Jangan hentikan tanpa konsultasi dokter. Antidepresan bukan senyawa adiktif.

3. **Bagaimana penjelasan dokter tentang harapan setelah minum obat anda ?**

Sebagian besar penderita yang menggunakan antidepresan akan mengalami efek samping. Respon terhadap antidepresan tertunda, umumnya baru muncul 2 – 6 minggu kemudian. Sedangkan ADR kemungkinannya muncul lebih awal. Pada 3 bulan pertama bisa muncul episode keinginan bunuh diri.

Tabel 14. Materi Konseling Antidepresan

NO	ANTIDEPRESAN	KONSELING
1	SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR (SSRI) Ct: Citalopram, Fluoxetine, Fluoxamin, Paroxetin, Sertralin	Citalopram, fluoxetine, paroxetin dan escitalopram dapat dimakan dengan atau tanpa makanan Beri tahu dokter kalau timbul gatal, ruam Penderita harus menyadari efek sedatif SSRI sebelum melakukan aktivitas yang berbahaya Untuk sediaan lepas lambat jangan dikunyah, digerus atau dibagi Penderita wanita harus menginformasikan ke dokter bila sedang menyusui, hamil atau rencana akan hamil Efek obat baru kelihatan setelah 1-4 minggu
2	SEROTONIN-NOREPINEPHRIN REUPTAKE INHIBITOR Ct: Venlafaxine	Venlafaxin diminum/dimakan dengan makanan Untuk sediaan lepas lambat jangan dikunyah, digerus atau dibagi Bila menghentikan venlafaxin setelah memakai lebih dari 1 minggu, dosis harus diturunkan perlahan-lahan (<i>taper</i>). Bila telah dipakai lebih dari 6 minggu, dosis harus diturunkan perlahan-lahan sampai lebih dari 2 minggu Penderita wanita harus menginformasikan ke dokter bila sedang menyusui, hamil atau berencana akan hamil Informasikan ke dokter kalau penderita makan obat lain Penderita harus menyadari efek sedatif dari venlafaxine sebelum melakukan aktivitas yang berbahaya Hindari alkohol bila dalam pengobatan venlafaxin karena meningkatkan sedasi
3.	TRISIKLIK & TETRASIKLIK Ct: Amitriptilin, Imipramin, Nortritilin, Maprotilin, Clomipramin, Amoxapin, Doxepin	Penderita wanita harus menginformasikan ke dokter bila sedang menyusui, hamil atau berencana akan hamil Efek obat baru kelihatan setelah 4-6 minggu Peringatan bagi penderita pria: kemungkinan disfungsi seksual untuk clomipramin Hindari penghentian tiba-tiba, dapat mengakibatkan mual, kepala sakit, dan malaise Hindari alkohol bila dalam pengobatan, termasuk barbiturat, depresan CNS Penderita harus menyadari efek sedatif sebelum melakukan aktivitas yang berbahaya Hindari paparan sinar matahari karena kemungkinan fotosensitifitas Amoxapin tidak dianjurkan untuk anak di bawah 16 tahun

4	MONOAMIN OXIDASE INHIBITOR Ct: Phenelzin, Tranylcypromin, Isocaroxazid	Peringatan : risiko kejang
		Hentikan dan ke UGD bila: kejang, sulit bernapas, demam, lemah.
		Jangan menghentikan obat atau menyesuaikan dosis kecuali disarankan dokter. Konsultasikan ke dokter bila minum obat lain
		Hindari makanan mengandung tiramin dan obat bebas tertentu
		Dapat menyebabkan pandangan buram, hati-hati melakukan pekerjaan yang membutuhkan kesiagaan.
		Saat bangun dari duduk dapat merasa pusing, lemas, atau pingsan.
		Efek akan terasa setelah beberapa minggu
		Beritahu dokter/dokter gigi bahwa sedang minum obat MAOI

Contoh Konseling Untuk Penderita Gangguan Depresif

A. Penderita Rawat Inap :

Tujuan Konseling :

- untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan kemampuan penderita dalam menggunakan obat antidepresan.
- untuk monitoring kepatuhan penggunaan obat.
- untuk monitoring efektifitas penggunaan obat.
- untuk monitoring efek yang merugikan/reaksi obat yang tidak diharapkan : misal alergi.

Metoda Konseling : **BED SIDE COUNSELING**

Tahapan-tahapan konseling :

1. Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan konseling.
2. Menanyakan kepada keluarga yang mendampingi apakah penderita mau minum obat?
3. Apa yang dirasakan selama minum obat tersebut ?
4. Berikan penjelasan bahwa semua obat antidepresan ada efek samping, sesuaikan dengan jenis dan golongan obat yang dikonsumsi.
5. Jelaskan bahwa obat harus diminum minimal 6 - 9 bulan dimana pada 3 bulan pertama ada episode keinginan untuk bunuh diri, jadi harus ada pengawas minum obat dan dibutuhkan kepatuhan minum obat dan pengawal penderita.

B. Penderita Rawat Jalan :

Tujuan Konseling :

- untuk edukasi penderita dan keluarganya.
- untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan kemampuan penderita dan keluarga dalam menggunakan obat.
- untuk monitoring kepatuhan penggunaan obat.
- untuk monitoring efektifitas obat.

Metoda Konseling : **VERBAL INTERAKTIF**

Tahap-tahap konseling :

1. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan konseling.
2. Menanyakan dengan teknik **prime question** :
 - apa yang dokter katakan mengenai kegunaan obat ini
 - apa yang dokter katakan tentang cara penggunaan obat ini
 - berapa kali sehari anda gunakan obat ini
 - apakah ada masalah yang dirasakan selama menggunakan obat ini
3. Menanyakan apakah ada pengalaman penggunaan obat lain yang pernah diminum?
Tujuannya untuk menggali informasi bila ada riwayat alergi terhadap obat – obat tertentu.
4. Menanyakan apakah ada penyakit lain yang diderita?
5. Menanyakan apakah ada obat lain yang saat ini digunakan/dikonsumsi?
6. Berikan penjelasan edukatif ke penderita dan keluarganya, misal :
 - Depresi bukan merupakan suatu kelemahan karakter,
 - Seluruh obat antidepresan sama-sama efektif,
 - Sebagian besar penderita yang menggunakan antidepresan akan mengalami efek samping,
 - Antidepresan sebaiknya diminum pada waktu yang sama setiap hari,
 - Pada penggunaan obat antidepresan, efek yang diharapkan munculnya belakangan, sedangkan efek yang tidak diinginkan

akan muncul lebih dulu. Pada umumnya efek yang diharapkan baru akan muncul 2 – 4 minggu kemudian.

- Obat harus diminum minimal 6 – 9 bulan, pada 3 bulan pertama ada episode keinginan bunuh diri.
- Obat tidak menyebabkan ketergantungan.

Dari semua konseling baik untuk penderita rawat jalan maupun rawat inap, harus **didokumentasikan** untuk bukti kegiatan.

D. Implementasi RPK.

Kegiatan ini merupakan upaya melaksanakan Rencana Pelayanan Kefarmasian (RPK) yang sudah disusun. Rekomendasi terapi yang sudah disusun dalam RPK, selanjutnya dikomunikasikan kepada dokter penulis resep. Metode penyampaian dapat dipilih antara berbicara langsung atau melalui telepon. Komunikasi antar profesi memerlukan teknik dan cara tersendiri yang dapat dipelajari dan dikembangkan berdasarkan pengalaman.

E. Implementasi Monitoring & Konseling

Implementasi rencana monitoring adalah dengan melaksanakan monitoring terapi obat dengan metode seperti yang sudah disebutkan di atas. Demikian pula implementasi rencana konseling dilaksanakan dengan konseling kepada penderita atau keluarga.

F. Tindak Lanjut

Tindak lanjut merupakan kegiatan yang menjamin kesinambungan pelayanan kefarmasian sampai penderita dinyatakan sembuh atau tertatalaksana dengan baik. Kegiatan yang dilakukan dapat berupa pemantauan perkembangan penderita baik perkembangan kondisi klinik maupun perkembangan terapi obat dalam rangka mengidentifikasi ada atau tidaknya masalah terapi obat (MTO) yang baru. Bila ditemukan MTO baru, maka selanjutnya apoteker menyusun atau memodifikasi RPK.

Kegiatan lain yang dilakukan dalam tindak lanjut adalah memantau hasil dari rekomendasi yang diberikan. Hal ini sangat penting bagi apoteker dalam menilai ketepatan rekomendasi yang diberikan. Kegiatan tindak lanjut memang lebih sulit

dilaksanakan di lingkup farmasi komunitas, kecuali penderita kembali ke apotek yang sama, apoteker secara aktif menghubungi penderita atau penderita menghubungi apoteker melalui telepon.

5.2. Peran Apoteker

Sebagai tenaga profesional, Apoteker hendaknya berperan dalam membantu upaya pemerintah dalam menciptakan masyarakat Indonesia yang sehat dan mandiri. Gangguan depresif termasuk gangguan yang cukup banyak diderita masyarakat Indonesia, jenisnya beragam dan membutuhkan penanganan yang berbeda. Peran serta Apoteker didasari dengan pengetahuan dan kompetensi yang dimiliki Apoteker terutama terkait dengan obat-obatan yang digunakan dan hal-hal yang harus dihindari oleh penderita gangguan depresif.

Edukasi pada Penderita

Tujuh hal yang perlu diketahui berkaitan dengan gangguan depresif

- **Gangguan depresif bukan cacat kepribadian atau kelemahan karakter**
Gangguan depresif dikaitkan dengan suatu ketidakseimbangan kimiawi dalam sistem saraf yang dengan mudah diobati dengan antidepresan dan pemberian konseling. Penderita dan keluarga perlu diberi edukasi untuk mengenali tanda-tanda dini gangguan depresif.
- **Semua antidepresan efektivitasnya sama**
Kurang lebih 65% penderita menerima terapi antidepresan memberikan respon yang bermanfaat. Efek perbaikan akan tampak biasanya 2-3 minggu. Target pengobatan adalah menjadi sehat kembali (100%) dan mempertahankan tetap sehat. Angka kekambuhan sangat tinggi 50% dari orang yang mengalami satu episode depresif.
- **Sebagian besar penderita yang menerima antidepresan akan mengalami efek samping pada permulaan terapi**
Umumnya efek samping yang timbul itu tidak berbahaya dan biasanya akan menghilang dalam waktu 7-10 hari.
- **Antidepresan sebaiknya diminum pada waktu yang sama setiap hari**
Hal ini mempermudah untuk mengingat kapan harus minum obat dan juga meminimalkan efek samping.

- **Respon terhadap antidepresan tertunda**

Umumnya baru muncul 2 – 6 minggu kemudian. Sedangkan ROTD kemungkinannya muncul lebih awal. Hal ini perlu ditekankan pada setiap kali konseling

- **Antidepresan harus diminum sekurang-kurangnya 6 - 9 bulan**

Studi menunjukkan bahwa penderita yang menghentikan terapi selama 6 bulan pertama lebih mungkin terjadi depresi lagi walaupun semula tampak keadaannya lebih baik. Pada 3 bulan pertama bisa muncul episode keinginan bunuh diri

- **Antidepresan bukan senyawa adiktif**

Antidepresan dapat memperbaiki *mood* penderita tetapi tidak bertindak sebagai stimulan dan tidak terkait dengan *craving* atau penyalahgunaan obat. Namun bila antidepresan dihentikan dengan tiba-tiba akan terjadi reaksi *withdrawl*.

Tabel 15. Obat Yang Dapat Menyebabkan Gangguan depresif

OBAT KARDIOVASKULER	Beta blocker
	Calcium Channel Blocker
	Digoksin
	Metildopa
	Gol Statin
HORMON	Corticosteroid
	Oestrogen
	Progestogen
ANTIBACTERIAL	Sulfonamid
	Cyprofloxacin
OBAT YANG BEKERJA PADA CNS	Alkohol
	Amfetamin (withdrawl)
	Amatadin
	Benzodiazepin
	Carbamazepin
	Levodopa
	Phenotiazin
LAIN-LAIN	Disulfiram
	Interferon-alfa
	Isotretinoin
	Mefloquin

	Metoclopramid
	AINS
	Alfa -Blocker

FAKTOR RISIKO *RELAPS/RECURRENCE* DARI DEPRESI

1. FAKTOR *PHARMACEUTICAL*

Obat dihentikan terlalu cepat

Ketidak patuhan minum obat, sebagian atau total

Kegagalan meyakinkan pentingnya meneruskan pengobatan

Dosis terlalu rendah untuk terapi jangka panjang

Treatment resistance

Multiple prescribers memberikan keputusan masing-masing untuk satu penderita

Pengalaman *ADR* dan efek samping yang tidak nyaman

Kebutuhan edukasi dan motivasi

2. FAKTOR LAIN PENDERITA

Parahnya penyakit

Hidup sendiri atau kurangnya dukungan keluarga

Ketidakmampuan penderita untuk mandiri

Staf kesehatan lain gagal memberikan harapan pada penderita

SEROTONIN SYNDROM

Suatu kondisi MTO yang serius, dengan perubahan-perubahan mental, otonomik, neurotransmuskular. Walau sindrom serotonin dapat menyebabkan kematian, biasanya tidak parah pada kebanyakan orang, hanya dengan dukungan dapat sembuh kembali. Biasanya timbul pada penderita yang minum dua atau lebih obat yang meningkatkan kadar serotonin di SSP. Yang sering adalah akibat kombinasi MAOI, SSRI dan trisiklik antidepresan.

Tabel 16. Simptom Yang Berkaitan Dengan Serotonin Syndrom

Perubahan status mental:	Ketidaknormalan motorik
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bingung ▪ Agitasi ▪ Cemas ▪ Koma 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Myiclonus ▪ Hyperreflexia ▪ Otot kaku ▪ Tidak tenang ▪ Tremor ▪ Mengigil ▪ Ataxia ▪ Nystagmus
Kardiovaskular	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensi ▪ Hipotensi ▪ <i>Sinus tachycardia</i> 	
Gastrointestinal	Lain-lain
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mual ▪ Diare ▪ Sakit perut ▪ Salivasi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Diaphoresis</i> ▪ Pupil tidak reaktif ▪ <i>Tachypnea</i> ▪ <i>Hyperpyrexia</i>

PENGELOLAAN SEROTONIN SYNDROM OLEH APOTEKER

Edukasi Penderita

- Pastikan penderita memahami masalah potensial, dan tahu apa yang harus dilakukan apabila terjadi *serotonin syndrom* (otot kejang, menggigil, berkeringat, bingung)
- Hubungi dokter apabila risiko *serotonin syndrom* meningkat.

Pencegahan

- Rekonsiderasi pemakaian kombinasi obat serotonergik dua atau lebih
- Pertimbangkan merubah ke obat alternatif yang serotonergiknya lebih rendah

Pengelolaan

- Hentikan semua obat yang serotonergik
- Pertimbangkan benzodiazepin untuk myoclonus dan resultant hipertermia
- Pertimbangkan siproheptadin, propranolol, atau metisergide bila simtom menetap
- Berikan segera perawatan penunjang bila perlu (terapi untuk hipertensinya, tachikardia, hipertermia, tekanan respiratori)

PEMAKAIAN ANTIDEPRESAN UNTUK KASUS LAIN

- Nyeri pada neuropati

FAKTOR DALAM PEMILIHAN OBAT ANTIDEPRESAN

- Golongan antidepresan yang telah diberikan
- Toleransi dan ADR antidepresan sebelumnya
- Respon terhadap terapi sebelumnya
- Profil efek samping
- Efek samping antidepresan terhadap komorbiditas
- Riwayat/kecenderungan *overdose* dari antidepresan
- Penyakit penyerta/lain yang menyebabkan antidepresan lebih tidak ditolerir
- Penyakit psikotik lain
- Pilihan penderita

COMPLIANCE

Efektivitas

- Dipengaruhi pemahaman kapan respon obat terasa dengan kapan efek samping atau ADR dirasakan
- Penderita harus didukung agar mau meneruskan dari *acute phase*, *continuing phase* sampai ke *maintenance phase* yang akan makan waktu beberapa bulan dari terapi *full dose* untuk menghindari kambuh.

Keamanan

- Baca edaran waspada dari FDA tentang masalah anak-anak dan remaja tentang risiko keinginan bunuh diri pada penderita minum antidepresan tertentu, pada awal awal pengobatan.
- Sangat penting untuk menghindari pemakaian tumpang tindih (*overlapping*) dari antidepresan dengan efek farmakologi yang sama, karena peningkatan serotonin dan norepinefrin dapat menyebabkan kerusakan yang serius seperti *serotonin syndrome*

- Banyak antidepresan yang tidak boleh dihentikan tiba-tiba, tetapi diturunkan secara perlahan-lahan (*tapered*), karena dapat timbul *withdrawl symptom* misalnya mual.
- Harus selalu berhati-hati bila memakai MAOI, sebab merupakan inhibitor yang *non-revesrible* dan memiliki waktu paruh panjang. Biasanya membutuhkan waktu 14 hari setelah MAOI dihentikan, sebelum mulai dengan antidepresan lain.
- Bila minum MAOI, sangat penting mengikuti diet yang ketat.
- Masalah terbanyak dari antidepresan adalah efek sedasi dan antikolinergik.
- Untuk menghindari sedasi yang parah, hindari alkohol
- Karena sedasi, penderita harus menghindari mengendarai kendaraan atau menjalankan mesin

5.3. Dokumentasi

Dalam menjalankan tugasnya, seorang Apoteker hendaknya mendokumentasikan segala kegiatannya ke dalam bentuk dokumentasi yang sewaktu-waktu dapat diakses ataupun ditinjau ulang. Hal ini sebagai bukti otentik pelaksanaan pelayanan kefarmasian yang dapat digunakan untuk tujuan penelitian maupun verifikasi pelayanan. Dokumentasi juga akan memudahkan tugas Apoteker dalam memberikan pelayanan kefarmasian

BAB VI

PENUTUP

Gangguan depresif merupakan gangguan serius dari kemampuan seseorang untuk berfungsi sebagai manusia dalam situasi kehidupan sehari-hari. Gangguan depresif bukan suatu kemalasan. Gangguan depresif dapat diobati.

Apoteker mempunyai peran yang sangat penting dalam keberhasilan penatalaksanaan gangguan depresif. Memberikan pelayanan kefarmasian secara paripurna melalui berbagai kegiatan yang mendukung terapi gangguan depresif antara lain dengan melakukan monitoring dan mengevaluasi keberhasilan terapi, memberikan rekomendasi terapi, memberikan pendidikan dan konseling merupakan tugas profesi kefarmasian. Untuk dapat berperan dalam pelayanan kefarmasian untuk gangguan depresif diperlukan dukungan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang memadai. Oleh sebab itu sangat penting bagi seorang apoteker untuk membekali diri sebaik-baiknya dengan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang diperlukan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Amir Nurmiati. Gangguan depresif Aspek Neurobiologi dan Tatalaksana. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. 2005. hal1-140
2. Burnham, T.A.(Eds), 2001. **Drug Fact and Comparison**, 55 th Ed, St Louis: A Wolters Kluwers Company, pp.902-944
3. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik - Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa - Jakarta 1996
4. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik - Yayasan Gangguan depresif Indonesia : Anxietas dan Gangguan depresif, Modul Pelatihan Bagi Dokter Umum, Jakarta 2002
5. Fraser, K., etal., Pharmaceutical Care, Mood Disorders : Drug Treatment of Depression. The Pharmaceutical Journal Vol 266
6. Ghazaleh, R.A., Depression Care Plan Guidelines, Peters Institute of Pharmaceutical Care. 2004
7. Kando, J.C., Wells, B.G, Hayes, P.E. 2005. Depressive Disorder. *In* : Dipro, J.T., et al. (Eds), **Pharmacotherapy a Patophysiological Approach**, 6th Ed., St Louis : Mc Graw Hill Companies, Inc, pp. 1235-1255
8. Kaplan H.I & Sadock BJ : Pocket Handbook of Emergency Psychiatric Medicine, William Wilkins, 1993
9. Kaplan H.I. & Sadock B.J : Synopsis Psychiatry, 7 edition, 1994
10. Kode - Kimble, M. A. and Young, L. Y., 2002. **Applied Therapeutic : The Clinical Use Of Drugs**, Vancouver : Applied Therapeutic, Inc, pp.75.1-75.12
11. Mc Evoy, G. K.,2002. **AHFS Drug Information**, Bethesda : American Society of Health-System Pharmacist, pp. 2179-2276
12. Nolan, S, Scoggin, J.A. Serotonin Syndrom: Recognition and Management
13. Rundell, J.R., Wise, M.G.2000. **Consultation Psychiatry**, 3rd Ed., Washington : American Psychiatric Press, pp. 61-79
14. www.counseling-works.org.uk
15. www.depressions-guide.com
16. www.e-psikologi.com
17. www.nimh.nih.gov/healthinformation/depression
18. www.who.int/mental_health/management/depression

LAMPIRAN : Algoritma MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

Wawancara terstruktur ini digunakan untuk membantu mendiagnosis gangguan jiwa termasuk gangguan depresif. Diperlukan pelatihan dalam menggunakannya (Direktorat Bina Kesehatan Jiwa – Ditjen Bina Pelayanan Medik Depkes).

A.EPISODE DEPRESIF

A1. Selama 2 minggu terakhir :

- Apakah anda secara terus menerus merasa sedih, depresi atau murung, hampir sepanjang hari, hampir setiap hari ?
- Apakah anda hampir sepanjang waktu kurang berminat terhadap banyak hal atau kurang bisa menikmati hal-hal yang biasanya anda nikmati ?
- Apakah anda merasa lelah atau tidak bertenaga, hampir sepanjang waktu ?

TIDAK YA

TIDAK YA

TIDAK YA

JIKA KURANG DARI 2 YA PADA A1

→ **STOP**

A2. Selama 2 terakhir, ketika anda merasa sedih/ depresi /tak berminat/ lelah :

- Apakah nafsu makan anda berubah secara mencolok atau apakah berat badan anda meningkat atau menurun tanpa upaya yang disengaja ?
- Apakah anda mengalami kesulitan tidur hampir setiap malam (kesulitan untuk mulai tidur, terbangun tengah malam atau terbangun lebih dini, tidur berlebihan)
- Apakah Anda berbicara atau bergerak lebih lambat daripada biasanya gelisah, tidak tenang atau mengalami kesulitan untuk tetap diam ?
- Apakah anda kehilangan kepercayaan diri, atau apakah anda merasa tak berharga atau bahkan lebih rendah daripada orang lain ?
- Apakah anda merasa bersalah atau mempermasalahkan diri sendiri ?
- Apakah anda mengalami kesulitan tidur hampir setiap malam (kesulitan untuk mulai tidur, terbangun tengah malam atau terbangun lebih dini, tidur berlebihan) ?
- Apakah anda berniat untuk menyakiti diri sendiri, ingin bunuh diri atau berharap bahwa anda mati ?

TIDAK YA

TIDAK YA

TIDAK YA

TIDAK YA

TIDAK YA

TIDAK YA

TIDAK YA

APAKAH 4 ITEM ATAU LEBIH SEJAK A1 DIBERI KODE YA ?

F
3
2

TIDAK YA
EPISODE
GANGGUAN
DEPRESIF

A3. JIKA PENDERITA MEMENUHI KRITERIA UNTUK EPISODE DEPRESI :

a. Selama hidup Anda, pernahkah Anda selama dua minggu atau lebih merasa depresi dan mengalami hal-hal yang baru kita bicarakan ?

→
TIDAK YA

b. Sebelum Anda merasakan depresi ini, apakah anda merasa baik saja selama sekarang 2 bulan?

TIDAK YA

APAKAH **A3b** DIBERI KODE **YA** ?

F
3
3

TIDAK YA
**GANGGUAN
DEPRESIF
BERULANG**

B. DISTIMIA

Jika penderita saat ini memenuhi criteria untuk Gangguan depresif berulang, jangan menanyakan seksi ini, kecuali anda mempunyai alasan yang khusus.

B1 Apakah anda merasa sedih, murung atau tertekan sepanjang waktu selama 2 tahun terakhir ?

→
TIDAK YA

B2 Apakah periode ini diselingi oleh perasaan baik-baik saja (tidak depresi) selama 2 bulan atau lebih ?

→
TIDAK YA

B3. Selama periode depresi sepanjang waktu ini :

a. Apakah anda kehilangan energi ?

TIDAK YA

b. Apakah anda kesulitan tidur (kesulitan untuk mulai tidur, bangun tengah malam atau bangun lebih dini ?

TIDAK YA

c. Apakah anda kehilangan kepercayaan diri, atau merasa tidak semampu biasanya ?

TIDAK YA

d. Apakah anda sulit berkonsentrasi ?

TIDAK YA

e. Apakah anda sering menangis ?

TIDAK YA

f. Apakah minat anda berkurang atau kurang bisa menikmati hal-hal yang biasanya anda nikmati ?

TIDAK YA

g. Apakah anda sering merasa putus asa ?

TIDAK YA

h. Apakah anda sering merasa tidak mampu memikul tanggung jawab sehari-hari ?

TIDAK YA

i. Apakah anda merasa bahwa hidup anda selalu buruk dan tidak akan membaik ?

TIDAK YA

j. Apakah anda mengurangi aktivitas sosial anda, apakah anda cenderung untuk menarik diri ?

TIDAK YA

k. Apakah anda menjadi lebih pendiam daripada sebelumnya ?

TIDAK YA

APAKAH ADA 3 ATAU LEBIH ITEM DARI **B3** DIBERI KODE **YA** ?

F
3
4
.
1

TIDAK YA
DISTIMIA

C. EPISODE MANIA

C1. Pernahkah anda mengalami periode waktu saat anda merasa diri anda sangat bersemangat atau penuh bertenaga atau sangat bangga dengan diri sendiri sehingga anda mengalami anda dirawat di rumah sakit untuk kesulitan, atau orang lain berpendapat bahwa bukan diri anda yang biasanya ?	TIDAK	YA	
C2. Pernahkah anda mengalami suatu periode waktu saat anda merasa sangat mudah tersinggung sehingga anda berteriak kepada orang atau memulai suatu perkelahian atau pertengkaran ?	TIDAK	YA	
JIKA C1 DAN C2 DIBERI KODE TIDAK			
C3. Apakah salah satu periode ini berlangsung sekurang-kurangnya satu minggu atau pernahkah masalah ini ?	→ TIDAK	YA	STOP

C4. Apakah anda mengalami masalah ini selama bulan lalu ?

TIDAK YA

C5. Saat anda merasa sangat bersemangat/mudah tersinggung :

JIKA SAAT INI MANIA : EKSPLORASI EPISODE SAAT INI
JIKA TIDAK : EKSPLORASI YANG PALING PARAH

a. Apakah anda terdorong untuk melakukan aktivitas fisik sehingga anda tidak bisa duduk diam ?

TIDAK YA

b. Apakah anda berbicara tanpa henti atau sedemikian cepatnya ?

TIDAK YA

c. Apakah pikiran anda mengalir sedemikian cepatnya sehingga anda kesulitan mengikutinya ?

TIDAK YA

d. Apakah anda menjadi sedemikian aktif sehingga teman atau keluarga anda khawatir tentang anda ?

TIDAK YA

e. Apakah kebutuhan tidur anda kurang daripada biasanya?

TIDAK YA

f. Apakah anda merasa mampu melakukan hal yang tidak mampu, atau bahwa anda seorang yang penting ?

TIDAK YA

g. Apakah anda mudah beralih perhatian sehingga gangguan yang ringan saja menyebabkan anda menyimpang ?

TIDAK YA

h. Apakah anda sangat ingin terlibat di dalam kegiatan yang menyenangkan sehingga mengabaikan risiko atau kesulitan (misalnya : berfoya – foya , ngebut, dll)

i. Apakah minat seksual anda sedemikian tinggi sehingga anda melakukan aktivitas seksual yang tidak lazim?

TIDAK YA

**JIKA KURANG DARI ITEM DARI C5 DIBERI KODE YA
(ATAU KURANG DARI 4 JIKA C1 = TIDAK)**

C6. Apakah masalah ini mengganggu pekerjaan atau aktivitas sosial anda, atau pernahkah anda dirawat inap di rumah sakit karena masalah ini ?

TIDAK YA

APAKAH C6 DIBERI KODE YA ?

→
STOP

**TENTUKAN APAKAH EPISODE TERSEBUT TERJADI
SAAT INI ATAU MASA LALU (C4)**

F 3 0	TIDAK	YA
	TIDAK	YA
	EPISODE MANIK SAAT INI	DULU

D. AGORAFOBIA

<p>D1. Apakah Anda merasa tidak nyaman di tempat atau situasi yang akan sulit atau memalukan jika meloloskan diri, atau pertolongan mungkin tidak akan diperoleh, seperti :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berada dalam kerumunan atau antrian b. Berada di tempat umum c. Berada seorang diri jauh dari rumah d. Bepergian dengan bus, kereta api atau mobil, e. Atau dalam situasi lain (lift,) <p>JIKA JAWABAN YA KURANG DARI 2 PADA D1</p>	<p>→ STOP</p>
--	--------------------------

D2. Apakah Anda sangat takut terhadap tempat/ situasi ini sehingga Anda menghindarinya atau menghadapinya dengan ketegangan berat/ hebat ?	→ TIDAK YA
D3. Apakah Anda pikir bahwa ketakutan ini tak beralasan atau berlebihan ?	→ TIDAK YA
D4. Apakah ketakutan ini mengganggu pekerjaan Anda, kegiatan sehari-hari atau fungsi sosial, atau menimbulkan ketegangan hebat ?	→ TIDAK YA
D5. Ketika Anda berada dalam salah satu situasi di atas, apakah Anda kadang-kadang :	
a. merasa denyut jantung tak beratur, cepat atau berdebat keras ?	TIDAK YA
b. Berkeringat ?	TIDAK YA
c. Gemetar atau bergetar ?	TIDAK YA
d. Merasa mulut kering ?	TIDAK YA

JIKA SEMUA DIBERI KODE TIDAK dari D5a sampai D5d **STOP**

e. Mengalami kesulitan bernapas ?	TIDAK YA
f. Merasa tercekik ?	TIDAK YA
g. Merasa nyeri, tertekan atau tidak enak di dada?	TIDAK YA
h. Mengalami mual atau gangguan perut ?	TIDAK YA
i. Kepala pusing, sempoyongan, melayang atau pingsan ?	TIDAK YA
j. Merasa asing dengan sekeliling Anda atau asing dengan bagian tubuh Anda ?	TIDAK YA
k. Takut bahwa Anda akan menjadi gila, kehilangan kendali atau pingsan ?	TIDAK YA
l. Takut bahwa Anda akan mati ?	TIDAK YA
m. Mengalami kilatan panas atau kedinginan ?	TIDAK YA

n. Merasa kesemutan atau baal pada bagian tubuh anda?
APAKAH 2 ATAU LEBIH ITEM DARI D5 DIBERI KODE YA ?

	TIDAK	YA
F	TIDAK	YA
4		
0		
.		
0	AGORAFOBIA	

E. GANGGUAN PANIK

E1. Apakah Anda sering mendapat serangan mendadak merasa cemas, takut, tidak tenang atau tidak nyaman dalam suatu situasi yang orang lain tidak merasakan demikian ?	→ TIDAK YA
--	------------------

E2. Apakah serangan tersebut dapat secara tak terduga?	→TIDAK YA
E3. Selama serangan terburuk yang bisa Anda ingat, apakah Anda :	
a. Merasa denyut jantung tak beratur, cepat atau berdebar keras ?	TIDAK YA
b. Berkeringat ?	TIDAK YA
c. Gemetar atau bergetar ?	TIDAK YA
d. Merasa mulut kering ?	TIDAK YA

JIKA SEMUAN DIKODE TIDAK DARI E3A SAMPAI E3D

e. Mengalami kesulitan bernapas ?	TIDAK YA
f. Merasa tercekik ?	TIDAK YA
g. Merasa nyeri, tertekan atau tidak enak di dada ?	TIDAK YA
h. Mengalami mual atau gangguan perut ?	TIDAK YA
i. Kepala pusing, sempoyongan, melayang atau pingsan ?	TIDAK YA
j. Merasa asing dengan sekeliling Anda atau asing dengan bagian tubuh Anda ?	TIDAK YA
k. Takut bahwa Anda akan menjadi gila, kehilangan kendali atau pingsan ?	TIDAK YA
l. Takut bahwa Anda akan mati ?	
m. Mengalami kilatan panas atau kedinginan ?	TIDAK YA
n. Merasa kesemutan atau baal pada bagian tubuh Anda ?	TIDAK YA
	TIDAK YA

APAKAH 4 ATAU LEBIH ITEM DARI E3 DIKODE YA ?

	TIDAK	YA
F		
4		
1	GANGGUAN PANIK	
.		
0		

E4. Jika Penderita menunjukkan Agorafobia (F40.0) Anda mengatakan bahwa Anda terutama tidak nyaman dalam situasi seperti (SITUASI YANG DISEBUTKAN DALAM D1). Apakah serangan yang baru kita uraikan terjadi hanya pada situasi tersebut ?

APAKAH E4 DIBERI KODE YA ?

	TIDAK	YA
F		
4		
0.	TIDAK	YA
0	AGORAFOBIA dengan	
1	GANGGUAN PANIK	

Jika ≈ AGORAFOBIA dengan GANGGUAN PANIK ≈ (F40.01), DAIGNOSIS F40.0 dan F41.0 JANGAN DILAPORKAN

F. SOSIALFOBIA

F1. Apakah Anda takut atau malu menjadi fokus/pusat perhatian atau takut dipermalukan pada situasi sosial ? Hal ini mencakup hal seperti berbicara didepan umum, menggunakan WC umum, menulis sambil diawasi orang. Atau apakah Anda menghindari untuk berada dalam situasi sosial demikian ?	→ TIDAK YA
--	------------------

F2. Apakah ketakutan ini berlebihan atau tak beralasan?	→
F3. Apakah ketakutan ini mengganggu pekerjaan sehari-hari, kegiatan sehari-hari atau fungsi sosial Anda atau menimbulkan ketegangan hebat ?	TIDAK YA → TIDAK YA
F4. Jika Anda berada dalam satu situasi demikian, apakah Anda kadang-kadang :	
a. Muka merah dan gemetar ?	TIDAK YA
b. Merasa ingin muntah ?	TIDAK YA
c. Merasa malu atau takut bila mendadak harus pergi ke toilet ?	TIDAK YA

JIKA SEMUA DIBERI KODE TIDAK DARI F4a SAMPAI F4c

→
STOP

F5. Jika Anda berada dalam satu situasi demikian, apakah Anda kadang-kadang :	
a. merasa denyut jantung tak beratur, cepat atau berdebar keras ?	TIDAK YA
b. Berkeringat ?	TIDAK YA
c. Gemetar atau bergetar ?	TIDAK YA
d. Merasa mulut kering ?	TIDAK YA

JIKA SEMUA DIBERI KODE TIDAK DARI E3A SAMPAI E3D

→
STOP

e. Mengalami kesulitan bernapas ?	TIDAK YA
f. Merasa tercekik ?	TIDAK YA
g. Merasa nyeri, tertekan atau tidak enak di dada ?	TIDAK YA
h. Mengalami mual atau gangguan perut ?	TIDAK YA
i. Kepala pusing, sempoyongan, melayang atau pingsan ?	TIDAK YA
j. Merasa asing dengan sekeliling Anda atau asing dengan bagian tubuh Anda ?	TIDAK YA
k. Takut bahwa Anda akan menjadi gila, kehilangan kendali atau pingsan ?	TIDAK YA
l. Takut bahwa Anda akan mati ?	TIDAK YA
m. Mengalami kilatan panas atau kedinginan ?	TIDAK YA
n. Merasa kesemutan atau baal pada bagian tubuh Anda ?	TIDAK YA

APAKAH 2 ATAU LEBIH ITEM DARI F5 DIBERI KODE YA ?

F
4
0
1

TIDAK YA
SOSIALFOBIA

G. GANGGUAN OBSESIF KOMPULSIF

- G1. Dalam 2 minggu terakhir, apakah Anda diresahkan oleh pikiran, rangsangan atau bayangan berulang yang tidak Anda sukai, memuaskan tidak layak, mendesak atau menekan (misalnya ide bahwa diri anda kotor, atau ada kuman atau menyakiti seseorang walaupun Anda tidak menghendaknya) ?
(Jangan memasukkan begitu saja kekhawatiran berlebihan perihal masalah hidup yang nyata atau kekhawatiran yang dengan gangguan lain)
- G2. Dalam 2 minggu terakhir, apakah Anda melakukan sesuatu berulang-ulang tanpa mampu menahannya, seperti mencuci berlebihan, menghitung atau memeriksa sesuatu berulang-ulang ?

TIDAK YA

TIDAK YA

JIKA G1 DAN G2 DIBERI KODE TIDAK

→
STOP

- G3. Apakah Anda berpendapat bahwa pikiran (atau perilaku) ini adalah hasil dari pikiran Anda sendiri dan bukan berasal dari luar ?
- G4. Apakah Anda berpendapat bahwa pikiran (atau perilaku) ini tidak beralasan, aneh atau diluar kewajaran ?
- G5. Apakah pikiran itu tetap muncul walaupun Anda mencoba untuk mengabaikan atau menghilangkannya?
- G6. Apakah pikiran (dan/atau perilaku) ini menimbulkan ketegangan hebat atau sangat mengganggu kegiatan rutin, fungsi pekerjaan, kegiatan sosial biasa, atau pergaulan Anda?

→
TIDAK YA

→
TIDAK YA

→
TIDAK YA

TIDAK YA

APAKAH G6 DIBERI KODE YA ?

F
4
2

TIDAK YA
**GANGGUAN OBSESIF
KOMPULSIF**

H. GANGGUAN ANXIETAS MENYELURUH

*Jangan mengeksplorasi seks ini, jika penderita memperlihatkan gangguan
anxietas lain (F40,- ; F41.0 ; F42)*

H1. Apakah anda khawatir berlebihan atau cemas perihal 2 atau lebih masalah hidup sehari-hari (misalnya keuangan, kesehatan anak, nasib buruk) selama 6 bulan terakhir ? lebih daripada orang lain ? apakah kekhawatiran ini muncul hampir setiap hari ? (atau apakah orang mengatakan kepada Anda bahwa Anda khawatir berlebihan) ?	→ TIDAK YA
--	------------------

H2. Selama periode ini, apakah Anda sering :

a. Merasa denyut jantung tak beratur, cepat atau berdebar keras ?	TIDAK YA
b. Berkeringat ?	TIDAK YA
c. Gemetar atau bergetar ?	TIDAK YA
d. Merasa mulut kering ?	TIDAK YA

JIKA SEMUA DIKODE TIDAK dari H2a sampai H2d

→
STOP

e. Mengalami kesulitan bernapas ?	TIDAK YA
f. Merasa tercekik ?	TIDAK YA
g. Merasa nyeri, tertekan atau tidak enak di dada ?	TIDAK YA
h. Mengalami mual atau gangguan perut ?	TIDAK YA
i. Kepala pusing, sempoyongan, melayang atau pingsan ?	TIDAK YA
j. Merasa asing dengan sekeliling anda atau asing dengan bagian tubuh Anda ?	TIDAK YA
k. Takut bahwa Anda akan menjadi gila, kehilangan kendali atau pingsan ?	TIDAK YA
l. Takut bahwa Anda akan mati ?	TIDAK YA
m. Mengalami kilatan panas atau kedinginan ?	TIDAK YA
n. Merasa kesemutan atau baal pada bagian tubuh Anda ?	TIDAK YA
o. Merasa sakit, nyeri otot, atau merasa tegang ?	TIDAK YA
p. Merasa gelisah ?	TIDAK YA
q. Merasa tegang ?	TIDAK YA
r. Merasa sulit menelan, atau kerongkongan tersumbat ?	TIDAK YA
s. Mudah kaget/terkejut ?	TIDAK YA
t. Sulit berkonsentrasi, atau merasa pikiran kosong ?	TIDAK YA
u. Merasa mudah tersinggung ?	TIDAK YA
v. Sulit tidur karena kekhawatiran Anda ?	TIDAK YA

APAKAH 4 ATAU LEBIH ITEM DARI H2 DIKODE YA ?

F
4
1
:
1

TIDAK YA

**GANGGUAN
ANXIETAS
MENYELURUH**

I. GANGGUAN STRES PASCA TRAUMA

11. Pernahkah Anda mengalami suatu peristiwa traumatik atau menekan luar biasa (misalnya : gempa bumi, banjir, penyerangan fisik atau pemerkosaan, berada dalam suatu perang atau pertempuran, membunuh seseorang, menyaksikan orang dibunuh, kebakaran, kecelakaan berat) ?	→ TIDAK YA
12. Apakah Anda seringkali mengalami ulang peristiwa ini secara tidak menyenangkan (misalnya dalam mimpi, pengingatan yang kuat, kilas balik, atau reaksi fisik) ?	→ TIDAK YA

Sejak Peristiwa Ini :

- | | |
|---|------------------|
| 13. Apakah Anda menghindari hal-hal yang mengingatkan Anda akan peristiwa tersebut ? | →
TIDAK YA |
| 14. Apakah Anda kesulitan untuk mengingat-ingat beberapa bagian penting dari apa yang terjadi ? | →
TIDAK YA |
| 15. Sejak peristiwa ini, apakah Anda mengamati bahwa Anda telah berubah dan apakah Anda akhir-akhir ini : | |
| a. Sukar tidur ? | TIDAK YA |
| b. Terutama mudah tersinggung atau meluap amarahnya ? | TIDAK YA |
| c. Sulit berkonsentrasi ? | TIDAK YA |
| d. Merasa gelisah atau terus-menerus bersiaga ? | TIDAK YA |
| e. Mudah tertegun ? | TIDAK YA |

Apakah 2 atau lebih item dari 15 di beri kode YA

F
4
3
.
1

TIDAK	YA
GANGGUAN STRES PASCA TRAUMA	

J. BULIMIA NERVOSA

J1. Apakah Anda seringkali makan banyak sekali dalam suatu periode waktu yang singkat ?	→ TIDAK YA
J2. Selama 3 bulan terakhir, apakah Anda makan banyak sekali dalam suatu periode waktu yang singkat sebanyak 2 kali seminggu ?	→ TIDAK YA

- | | |
|--|------------------|
| J3. Apakah Anda secara terus menerus berpikir tentang makan, disertai suatu dorongan waktu yang singkat sebanyak 2 kali seminggu ? | →
TIDAK YA |
| J4. Apakah Anda akhir-akhir ini menganggap diri anda terlalu gemuk, atau mengkhawatirkan akan menjadi terlalu gemuk ? | →
TIDAK YA |
| J5. Untuk bisa melawan pengaruh dari makan berlebihan itu, apakah Anda : | |
| a. membuat diri anda muntah ? | TIDAK YA |
| b. Menggunakan obat pencahar (urus-urus) ? | TIDAK YA |

- c. Menggunakan obat-obatan seperti penakan nafsu makan, diuretik (pemacu kencing), atau preparat tiroid ?
- d. Memaksakan diri anda untuk mempertahankan diet sampai menjurus kepada pengurusan / kelaparan ?

TIDAK YA

TIDAK YA

Apakah 1 atau lebih item dari J5 di beri kode Ya?

F 5 0 . 2	TIDAK	YA
	BULIMIA NERVOSA	

K. ANOREXIA NERVOSA

Jangan mengeksplorasi seksi ini jika J2 (makan berlebihan akhir-akhir ini (dikode YA

K1. a. Berapa tinggi badan Anda ? b. Berapa berat badan Anda sekarang ? Apakah berat badan penderita lebih rendah daripada nilai ambang yang sesuai dengan tinggi badannya ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CM
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	KG
	→			
	TIDAK	YA		

K2. Akhir-akhir ini, apakah Anda menganggap diri Anda gemuk atau bahwa bagian-bagian dari tubuh Anda terlalu gemuk ?

→
TIDAK YA

K3. Apakah Anda sangat mengkhawatirkan menjadi terlalu gemuk sehingga Anda memberlakukan pada diri Anda suatu ambang berat badan ?

→
TIDAK YA

K4. Apakah Anda menghindari makanan yang menggemukan agar dapat mempertahankan berat badan Anda sekarang atau menurunkan berat badan Anda ?

→
TIDAK YA

K5. **Untuk Wanita :** Selama 3 bulan terakhir, apakah Anda tidak menstruasi, padahal Anda mengharapkan terjadinya menstruasi?

TIDAK YA

Untuk Pria : Apakah minat anda terhadap seks berkurang daripada biasanya atau apakah Anda mengalami problem selama senggama (impotensi., ejakulasi dini,)

TIDAK YA

APAKAH K 5 DIKODE YA ?

F 5 0 . 0	
-----------------------	--

L. GANGGUAN YANG BERKAITAN DENGAN ALKOHOL

L1. Dalam 12 bulan terakhir, apakah Anda minum lebih banyak daripada jumlah yang setara dengan 1 botol anggur pada 3 kesempatan atau lebih (Perjamuan, pesta, pertemuan,.....) ?	→ TIDAK YA
--	------------------

L2. Dalam 12 Bulan terakhir :

a. Apakah anda sering merasakan suatu keinginan atau dorongan yang kuat untuk minum, sehingga Anda tidak mampu untuk bertahan ?

TIDAK YA

b. Apakah Anda telah mencoba untuk tidak minum tetapi gagal, atau merasa sulit untuk berhenti minum sebelum Anda mabuk ?

TIDAK YA

c. Ketika Anda mengurangi minum apakah tangan Anda bergetar, apakah Anda berkeringat atau merasa jengkel ?

TIDAK YA

Atau apakah Anda minum untuk menghindari semua problem ini atau untuk menghindari kekhawatiran ?

d. Apakah Anda perlu minum lebih banyak untuk memperoleh efek yang sama seperti saat Anda pertama kali mulai minum ?

TIDAK YA

e. Apakah Anda mengurangi waktu untuk bekerja, menikmati hobi, berkumpul dengan orang lain, sebagai akibat kebiasaan minum Anda ?

TIDAK

f. Apakah Anda tetap melanjutkan minum walaupun Anda tahu bahwa kebiasaan minum ini menyebabkan problem kesehatan atau kejiwaan ?

TIDAK YA

APAKAH 3 ATAU LEBIH ITEM DARI L2 DI KODE YA ?

F
1
0
.
2

TIDAK	YA
KETERGANTUNGAN ALKOHOL	

JIKA PENDERITA MENUNJUK KETERGANTUNGAN

ALKOHOL

STOP

L3. Dalam 12 bulan terakhir :

a. sebagai akibat minum, apakah Anda ada problem dengan fisik Anda, misalnya penyakit hati, hepatitis, penyakit lambung, pancreatitis, muntah darah, kaki kesemutan atau baal, atau mungkin problem psikologis seperti tidak berminat terhadap kebanyakan hal, merasa gangguan depresif atau merasa tidak percaya terhadap orang lain ?

TIDAK YA

b. sebagai akibat dari minum, apakah Anda mendapat masalah di pekerjaan atau dengan keluarga Anda ?

c. Apakah Anda mengalami kecelakaan karena Anda habis minum (kecelakaan mobil, menggunakan mesin atau pisau, dsb)?

TIDAK YA

APAKAH 1 ATAU LEBIH ITEM DARI L3 DI KODE YA?

TIDAK YA

F
1
0
.
1

TIDAK YA
PENGUNAAN
MERUGIKAN
Dari ALKOHOL

M. GANGGUAN YANG BERKAITAN DENGAN ZAT PSIKOAKTIF

M1. Dalam 12 bulan terakhir, apakah Anda menggunakan lebih dari satu kali salah satu dari zat-zat/obat-obat ini agar merasa nikmat, merasa lebih baik atau mengubah suasana perasaan anda?

→
TIDAK YA

SEBUTKAN ZAT / OBAT YANG DIGUNAKAN :

M2. Dalam 12 Bulan terakhir :

a. Apakah Anda sering merasakan kebutuhan atau dorongan yang sedemikian berat untuk menggunakan zat/obat, sehingga Anda sulit untuk menahannya ?

TIDAK YA

b. Apakah Anda telah mencoba untuk tidak menggunakan zat/obat tetapi gagal, atau merasa sulit untuk berhenti sebelum Anda betul-betul merasa nikmat ?

TIDAK YA

c. Ketika Anda mengurangi penggunaan zat/obat. Apakah Anda mengalami gejala putus zat (nyeri, gemetar, demam, kelemahan, diare, mual, berkeringat, denyut jantung cepat, sulit tidur gelisah, cemas, mudah tersinggung atau sepresi) ?

TIDAK YA

d. Apakah Anda perlu menggunakan zat/obat dalam jumlah yang lebih besar untuk dapat memperoleh efek yang sama seperti saat Anda mulai pertama kali menggunakan zat/obat ?	TIDAK	YA
e. Apakah Anda mengurangi waktu untuk bekerja, menikmati hobi, atau berkumpul dengan orang lain, sebagai akibat dari zat/obat ini ?	TIDAK	YA
f. Apakah Anda tetap melanjutkan penggunaan zat/obat walaupun Anda tahu bahwa zat/obat menyebabkan masalah kesehatan atau kejiwaan ?	TIDAK	YA
APAKAH 3 ATAU LEBIH ITEM DARI M2 DIBERI KODE YA ?	F 1 (x) . 2	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> TIDAK YA KETERGANTUNGAN OBAT/ZAT </div>

SEBUTKAN ZAT/OBAT :

JIKA PENDERITA MENUNJUKAN SUATU KETERGANTUNGAN

M3. Dalam 12 bulan terakhir :

- | | | |
|---|-------|----|
| a. Sebagai akibat penggunaan zat/obat, apakah anda mengalami gangguan fisik, misalnya suatu kelebihan dosis yang tidak disengaja, batuk yang menetap, suatu serangan kejang, suatu injeksi, hepatitis, atau cedera ? | TIDAK | YA |
| b. Sejak Anda menggunakan zat/obat, apakah Anda mengalami masalah psikologi, seperti tidak berminat terhadap kebanyakan hal, merasa sedih, menjadi curiga atau tidak percaya kepada orang lain, atau ada pikiran-pikiran aneh ? | TIDAK | YA |
| c. Sebagai akibat penggunaan zat/obat, apakah Anda ada masalah di pekerjaan atau dengan keluarga ? | TIDAK | YA |

APAKAH 1 ATAU LEBIH ITEM DARI M3 DIBERI KODE YA ?

SEBUTKAN ZAT/OBAT :

F 1 (x) . 1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> TIDAK YA PENGUNAAN KETERGANTU- NGAN dari OBAT/ZAT </div>
-------------------------	---

N. GANGGUAN PSIKOTIK

Mintalah satu contoh dari setiap pertanyaan yang dijawab positif. Beri kode YA hanya jika contoh jelas menunjukkan suatu distorsi dari pikiran atau dari persepsi.

Sekarang saya akan menanyakan Anda perihal pengalaman yang tidak lazim yang mungkin dialami seseorang

- | | | |
|--|-------|----|
| N1. Apakah keluarga atau teman Anda penuh menganggap keyakinan Anda aneh atau tidak lazim ?
(HANYA DIBERI KODE YA JIKA CONTOH YANG DIBERIKAN JELAS MERUPAKAN IDE-IDE KEBESARAN, HIPOKONDRIASIS, KEHANCURAN, BERSALAH) | TIDAK | YA |
| N2. Pernahkah Anda percaya bahwa seseorang sedang memata-matai Anda, atau bahwa seseorang sedang berkomplot melawan Anda, atau mencoba mencederai Anda ? | TIDAK | YA |
| N3. Pernahkan Anda percaya bahwa seseorang sedang membaca pikiran Anda atau bisa mendengar pikiran Anda atau bahwa Anda sungguh bisa membaca atau mendengar apa yang sedang dipikirkan oleh orang lain ? | TIDAK | YA |
| N4. Pernahkan Anda percaya bahwa seseorang atau suatu kekuatan diluar Anda memasukkan buah pikiran yang bukan milik Anda ke dalam pikiran Anda atau menyebabkan Anda bertindak sedemikian rupa yang bukan lazimnya Anda ? | TIDAK | YA |
| N5. Pernahkan Anda percaya bahwa Anda sedang dikirim pesan khusus melalui TV, radio, atau koran, atau bahwa seseorang yang tidak Anda kenal secara pribadi tertarik pada Anda ? | TIDAK | YA |
| N6. Pernahkan Anda mendapat penampakan atau pernahkan Anda melihat hal-hal yang tidak bisa dilihat oleh orang lain ? | TIDAK | YA |
| N7. Pernahkah Anda mendengar sesuatu yang tak dapat didengar oleh orang lain, seperti suara-suara ? | TIDAK | YA |

JIKA SEMUA DIBERI KODE TIDAK SEJAK N1

→
STOP

Anda menyebutkan telah mengalami (Gejala mulai N1 samapai N7 yang diberi kode Ya)

- | | | |
|---|-------|----|
| N8. Apakah Anda mengalami (Gejala N1-N7) akhir-akhir ini ?
Jelaskan (misalnya : bulan lalu) : | TIDAK | YA |
| N9. Selama hidup Anda, apakah Anda mengalami (gejala) lebih dari satu kali ? | TIDAK | YA |

APAKAH N9 DIBERI KODE TIDAK ?
JELASKAN APAKAH EPISODE ITU TERJADI
BARU-BARU INI ATAU MASA LALU (N8)

F
2
(x)

TIDAK YA
EPISODE
PSIKOTIK
TUNGGAL
SAAT INI DULU

APAKAH N9 DIBERI KODE YA ?
JELASKAN APAKAH EPISODE TERAKHIR ITU
TERJADI BARU-BARU INI ATAU DULU (N8)

F
2
(x)

TIDAK YA
EPISODE
PSIKOTIK
BERULANG
SAAT INI DULU

GLOSSARY

- 5HT : 5 Hidroksi Triptsmin, serotonin
- ADR : Adverse Drug Reaction, reaksi efek samping obat
- AINS : Anti Inflamasi Non Steroid
- CNS : Cerebrospinal Neuro System, Sistem Syaraf Pusat
- FDA : Food & Drug Administration
- ICD-X : International Classification of Disease-10
- MAOI : Mono Amine Oxidase Inhibitor
- SSP : Sistem Syaraf Pusat