

**Panduan**  
**Tata Laksana Ansietas dan Depresi**  
**di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer**

**Hervita Diatri | Ice Yulia Wardani | Albert Maramis**

**2017**



# Panduan Tata Laksana Anxietas dan Depresi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer

Hervita Datri  
Ice Yulia Wardani  
Albert Maramis

2017

Halaman ini sengaja dikosongkan

## **PENULIS**

- |    |  |   |
|----|--|---|
| 1. | Dr. Hervita Diatri, SpKJ(K)            | Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran<br>Universitas Indonesia, Jakarta                   |
| 2. | Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep, Sp.Kep.J | Departemen Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu<br>Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta      |
| 3. | Dr. Albert Maramis, SpKJ(K)            | Seksi Psikiatri Komunitas, Perhimpunan Dokter<br>Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia, Jakarta |

## **PANEL AHLI**

- |    |                                  |  |
|----|----------------------------------|--|
| 1. | DR.Dr. Nurmiati Amir, SpKJ(K)    | Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran<br>Universitas Indonesia, Jakarta                      |
| 2. | Dr. Robert Reverger, SpKJ        | Bagian Psikiatri, RSUD Wangaya, Denpasar   |
| 3. | Dr. Suryo Dharmono, SpKJ(K)      | Seksi Psikiatri Komunitas, Perhimpunan Dokter<br>Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia, Jakarta    |
| 4. | DR.Dr. Marga Maramis, SpKJ(K)    | Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran<br>Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo,<br>Surabaya |
| 5. | Dr. Mustafa Amin, MKed., SpKJ(K) | Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran<br>Universitas Sumatera Utara, Medan                   |
| 6. | Dr. Andri, SpKJ                  | Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran<br>Universitas Tarumanegara, Jakarta                   |

Halaman ini sengaja dikosongkan

## **PRAKATA**

Depresi dan anxiety menempati tempat teratas dalam prevalensi gangguan jiwa di masyarakat. Dari data yang dipublikasikan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI melalui Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, diperkirakan sekitar 6% penduduk Indonesia yang berusia 15 tahun ke atas mengalami gangguan mental emosional (anxiety dan depresi). Namun, jumlah kasus depresi dan anxiety yang terdeteksi, terdiagnosis, dan mendapatkan tatalaksana yang baik sangat sedikit, sehingga kesenjangan pengobatan masih sangat tinggi.

Berbagai tantangan dihadapi dalam menurunkan kesenjangan pengobatan yang timbul baik terkait dengan masyarakat, pasien, keluarga, tenaga kesehatan, maupun sistem kesehatan jiwa secara menyeluruh. Namun demikian, salah satu kontributor yang lebih mungkin untuk dikontrol adalah kapasitas tenaga kesehatan. Meskipun Standar Kompetensi Dokter Indonesia tahun 2012 telah mencantumkan bahwa pemeriksaan, diagnosis, dan penatalaksanaan depresi dan anxiety termasuk di antara kompetensi dasar dokter; namun praktiknya di lapangan para dokter maupun tenaga kesehatan terutama di layanan primer sering kali tidak mengenali gangguan tersebut.

Berdasarkan literatur, pengalaman pelatihan, maupun penilaian kebutuhan, termasuk yang diadakan oleh Tim Penulis sendiri, tenaga kesehatan di layanan primer bukan saja membutuhkan pelatihan yang baik, namun juga supervisi, dan dukungan konsultasi spesialis untuk lebih memantapkan praktik pelayanan kesehatan jiwa mereka sebagaimana diamanatkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 514 tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinik bagi dokter di layanan primer. Selain itu, tenaga kesehatan juga memerlukan buku panduan yang dapat dijadikan pegangan atau rujukan dalam melakukan tugas pelayanan.

Buku panduan ini disusun oleh Tim Penulis dengan dukungan dari WHO Indonesia dengan tujuan untuk menjadi pendamping bagi tenaga kesehatan di layanan primer yang telah atau belum terlatih untuk dapat memberikan layanan yang lebih baik bagi orang dengan gangguan depresi maupun anxiety. Buku ini berisi materi-materi yang dibutuhkan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan hasil jajak pendapat yang dilakukan oleh Tim Penulis di awal penyusunan dan mendapatkan penguatan serta penyempurnaan isi oleh para ahli. Besar harapan kami, buku ini dapat bermanfaat tidak hanya dalam kinerja pelayanan, namun juga dalam upaya peningkatan kapasitas dan perencanaan pelayanan yang lebih berdasar.

---

Jakarta, 27 November 2017

---

Penulis

---

Halaman ini sengaja dikosongkan



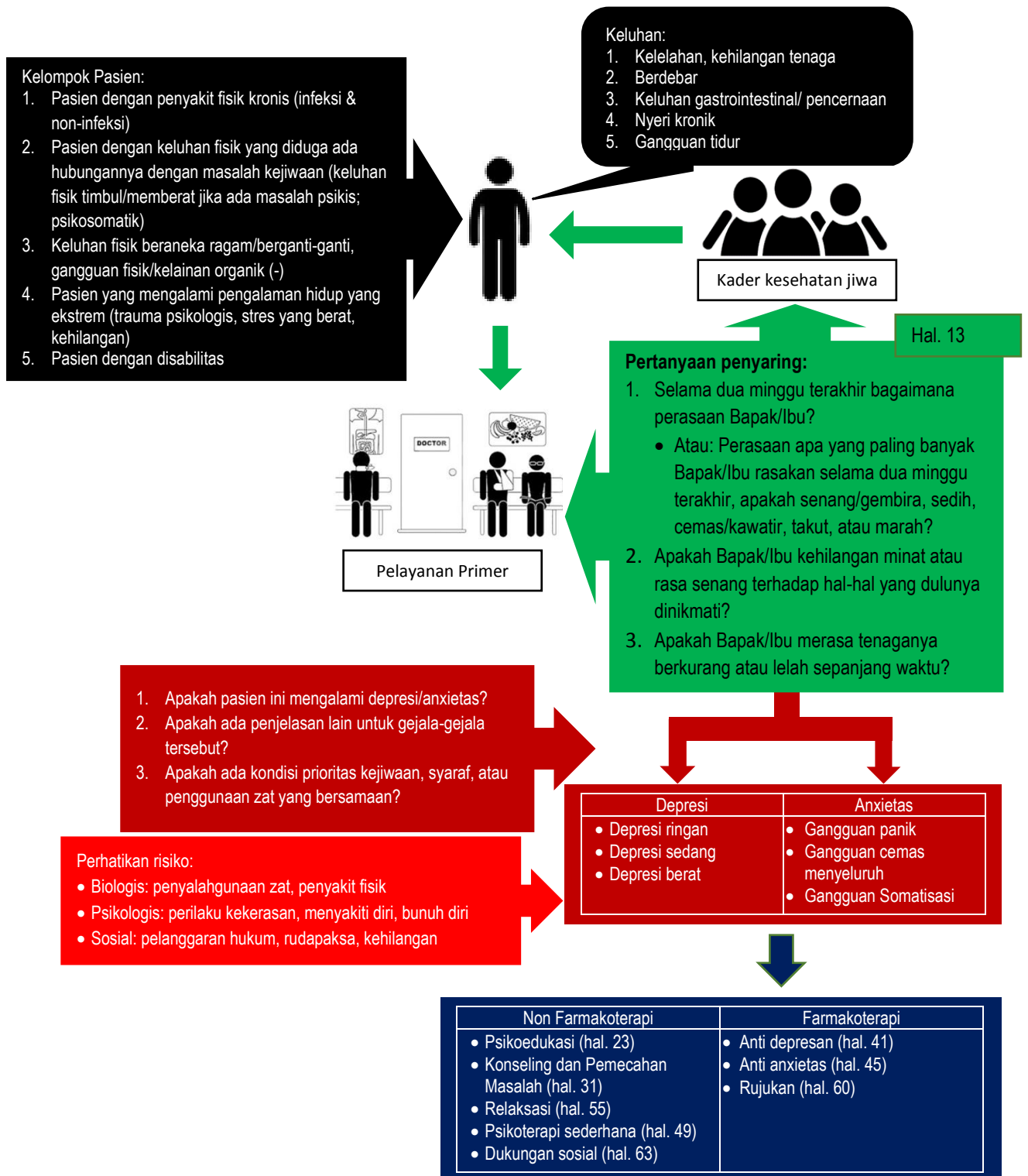
## DAFTAR ISI

	Ringkasan Panduan	1
1.	Pendahuluan	5
2.	Mengenali tanda dan gejala gangguan anxietas dan depresi	7
3.	Penegakan diagnosis depresi dan anxietas di layanan primer	13
4.	Psikoedukasi	23
5.	Konseling dan Teknik Pemecahan Masalah	31
6.	Farmakoterapi anxietas dan depresi di layanan primer	41
7.	Psikoterapi sederhana	49
8.	Teknik relaksasi	55
9.	Manajemen risiko dan rujukan	59
10.	Pengembangan dukungan sosial	61
	Simpulan	67
	Referensi	79

Halaman ini sengaja dikosongkan

## RINGKASAN PANDUAN

Gangguan anxiety dan depresi diperkirakan dialami oleh 1 dari 17 penduduk Indonesia yang berusia di atas 15 tahun. Secara garis besar, peran layanan kesehatan primer dalam manajemen gangguan anxiety dan depresi dapat diilustrasikan dalam algoritma berikut ini:



Pendekatan non-farmakoterapi merupakan pendekatan yang utama dan terpenting dalam manajemen gangguan anxiety dan depresi. Secara ringkas indikasi dan tujuan modalitas non-farmakoterapi adalah:

Modalitas Terapi	Indikasi	Tujuan terapi
Psikoedukasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kurangnya pemahaman terkait kondisi sakit dan rencana tindak lanjutnya</li> <li>Salahnya pemahaman tentang gejala, gangguan, dan tatalaksananya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan pemahaman, motivasi, dan kolaborasi dalam manajemen gangguan.</li> <li>Menurunkan gejala dan meningkatkan fungsi melalui pemberdayaan untuk melakukan control</li> <li>Meningkatkan kualitas hidup melalui interaksi dan saling mendukung yang bersifat positif</li> </ul>
Konseling dan pemecahan masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengalami kesulitan personal, sosial, dan psikologis</li> <li>Ketidakmampuan untuk menyelesaikan masalah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengembangkan kapasitas kesehatan jiwa yang lebih optimal dan efektif</li> <li>Membantu membuat keputusan atau penyelesaian masalah</li> <li>Membantu mengubah perilaku</li> </ul>
Psikoterapi sederhana	Pasien anxiety dan depresi yang mengalami masalah dalam mempersepsikan apa yang terjadi dalam hidupnya dan cenderung berpikir salah	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membantu pasien memikirkan atau menyadari gejala yang ada pada dirinya, berpikir tentang hidupnya,</li> <li>Membantu pasien untuk mengontrol dan menyelesaikan masalahnya sendiri</li> </ul>
Relaksasi	Pasien anxiety dengan keluhan ketegangan dan perasaan cemas yang dominan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membantu memfokuskan pikiran,</li> <li>Meningkatkan kesadaran terhadap respons tubuh,</li> <li>Menghubungkan antara tubuh dan pikiran</li> </ul>
Dukungan sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memiliki kecenderungan untuk menarik diri</li> <li>Minimnya dukungan sosial dari sekitar</li> </ul>	Membantu mengaktifkan atau mengembalikan koneksi seperti sebelumnya

Manajemen farmakologis pada orang dewasa dengan gangguan anxiety dan depresi yang sesuai dengan Daftar Obat Esensial Nasional 2015 dan Formularium Nasional tahun 2015 untuk digunakan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Satu (PPK 1) adalah:

Indikasi	Nama Obat	Dosis Awal	Dosis Terapi	Dosis Maksimum	Pemberian
Depresi	Amitriptilin	12,5 – 25 mg, waktu malam	75 – 150 mg, waktu malam	300 mg per hari	Diminum sekali sehari, amitriptilin waktu malam, fluoksetin waktu pagi. Untuk amitriptilin, mulai dengan 12,5 – 25 mg, tingkatan perlahan sampai dosis terapi. Fase akut, sampai remisi, ± 8 – 12 minggu. Fase kelanjutan 16 – 36 minggu setelah remisi tercapai. Fase rumatan, beberapa tahun, pada depresi berulang.
	Fluoksetin	10 – 20 mg, waktu pagi	20 – 40 mg, waktu pagi	80 mg per hari	
Gangguan anxiety (gangguan panik, cemas menyeluruh, somatisasi)	Amitriptilin	12,5 – 25 mg, waktu malam	75 – 150 mg, waktu malam	300 mg per hari	Sama dengan cara pemberian obat antidepresan pada umumnya.
	Fluoksetin	10 – 20 mg, waktu pagi	20 – 40 mg, waktu pagi	80 mg per hari	
	Diazepam	2 mg	2 – 10 mg, 3 kali sehari	40 mg per hari	Hati-hati untuk penggunaan yang menunjukkan gejala toleransi (peningkatan dosis secara terus menerus) terutama bila pemberian lebih dari 4 minggu

**Perhatian Khusus:**

Berikut risiko-risiko yang perlu mendapatkan perhatian:

- a. Risiko mencederai dan bunuh diri
- b. Masalah kesehatan fisik
- c. Penyalahgunaan zat
- d. Komorbiditas gangguan jiwa

**Pertimbangkan untuk merujuk bila:**

- a. Respons terapi kurang baik
- b. Memenuhi indikasi rawat inap (membahayakan diri dan atau orang lain)
- c. Komorbiditas penyakit jiwa, termasuk penyalahgunaan zat
- d. Memerlukan terapi yang lebih komprehensif dan lanjutan.

Halaman ini sengaja dikosongkan

## 1. PENDAHULUAN

Menurut Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan tahun 2013, sekitar 1 dari 17 penduduk Indonesia yang berusia di atas 15 tahun mengalami gangguan depresi dan/atau anxietas hampir sama banyak dengan penderita hipertensi dan lebih banyak 3 kali lipat dibandingkan orang dengan diabetes melitus. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013) Angka tersebut akan meningkat berkali-kali lipat pada populasi rentan maupun kelompok dengan komorbiditas penyakit fisik. Namun sayangnya lebih dari 90% kasus masih belum teridentifikasi oleh layanan kesehatan. (Collins KA, Wstra HA, Dozois DJA, 2004) Berbagai literatur menunjukkan alasan terjadinya kesenjangan tersebut dapat berasal dari pasien dan keluarga, penyedia layanan kesehatan, maupun faktor sistem kesehatan jiwa lainnya seperti aspek pembiayaan, proses layanan, sarana-prasarana, dan sistem data dan informasi yang mengakibatkan rendahnya akses ke layanan kesehatan. (Collins KA, Wstra HA, Dozois DJA, 2004)

Penyebab kesenjangan tata laksana dari faktor pasien dan keluarga terdiri atas rendahnya partisipasi akibat kurangnya pengetahuan, persepsi layanan yang salah, dan perilaku mencari pertolongan yang sering dipengaruhi oleh persepsi salah. (Shidhaye R, Lund C, 2015) Faktor dari tenaga kesehatan terutama berhubungan dengan kapasitas dalam mengenali gejala, memeriksa, menegakkan diagnosis dan memberikan tata laksana yang sesuai serta sikap negatif terhadap masalah kesehatan seperti perasaan tidak mampu memberikan yang terbaik, tidak mampu menanggapi kebutuhan, menambah kompleksitas masalah, dan lain-lain. Masalah terkait sistem layanan kesehatan jiwa, meskipun dapat menjadi halangan untuk akses layanan kesehatan, namun literatur tetap menyebutkan bahwa integrasi layanan untuk kasus anxietas dan depresi ke layanan kesehatan primer tetaplah yang utama untuk menjamin aksesibilitas, keterjangkauan, manajemen yang komprehensif, dan penerimaan yang lebih baik. Pada kasus-kasus yang berat, yang tidak memungkinkan untuk manajemen tuntas di puskesmas tentu saja diperlukan rujukan ke layanan yang lebih tinggi sesuai dengan kondisinya. (Shidhaye R, Lund C, 2015) Sistem layanan yang baik perlu dikembangkan untuk menjamin akses layanan kesehatan yang lebih baik untuk mencegah disabilitas lebih lanjut.

*World Health Organisation* menyampaikan bahwa gangguan depresi dan anxietas menyebabkan disabilitas yang berat bagi orang dan keluarga yang mengalaminya jauh lebih berat dibandingkan diabetes melitus, gangguan pendengaran, dan penyakit tidak menular kronik lainnya. (World Health Organisation, n.d.) Kedua penyakit ini juga mengakibatkan beban ekonomi yang besar bagi pasien maupun keluarganya. Kondisi akan jauh lebih berat bila disertai dengan perilaku menyakiti diri sendiri hingga bunuh diri. Bunuh diri merupakan penyebab kematian yang dialami oleh sekitar 2-15% orang dengan gangguan jiwa terutama depresi dan anxietas yang berlanjut menjadi gangguan depresi. Penyebab kematian terbanyak berasal dari penyakit akut maupun kronik yang mungkin dialami seperti gangguan pernapasan, gangguan jantung dan pembuluh darah dan penyakit infeksi. (Insel T, n.d.) Semua dampak tersebut menggambarkan pentingnya tata laksana yang komprehensif yang sangat mungkin dilakukan di layanan primer.

Memahami pentingnya akses layanan kesehatan dan kebutuhan peningkatan kapasitas konsumen dan keluarga serta tenaga kesehatan di layanan primer, maka buku panduan ini diharapkan mampu berkontribusi untuk menurunkan kesenjangan tata laksana melalui pengenalan kasus dan pemberian tata laksana yang lebih memadai.

### **Proses Penyusunan Buku**

Buku ini ditujukan untuk meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan di layanan primer dalam melakukan manajemen yang memadai bagi kasus depresi dan anxietas yang ada di komunitas. Agar buku ini lebih

menjawab kebutuhan peningkatan kapasitas tersebut maka diselenggarakan penilaian kebutuhan terhadap panduan ini dengan melibatkan tenaga kesehatan di layanan primer dari daerah urban (Jakarta), semi urban (Yogyakarta) dan rural (Ternate dan Sikka).

Panduan akan disusun lebih banyak dalam bentuk algoritma dengan menambahkan narasi singkat untuk memperjelas penggunaan algoritma tersebut. Untuk menjamin kemampulaksanaan panduan ini, maka panduan ini disusun dengan mempertimbangkan sumber daya yang tersedia di layanan primer dan alternatif yang mungkin diupayakan bersama pasien dan keluarga. Algoritma terutama menggambarkan cara berpikir yang dapat menjadi panduan bagi tenaga kesehatan dalam:

- a. pengenalan gejala
- b. penegakan diagnosis
- c. pemberian edukasi
- d. pemberian medikasi
- e. konseling
- f. psikoterapi
- g. mengelola rujukan
- h. rehabilitasi psikososial yang mungkin diberikan

Dalam buku ini, istilah orang dengan gangguan jiwa dapat disebut sebagai pasien, klien, atau konsumen. Istilah konsumen saat ini marak diperkenalkan karena merupakan istilah yang lebih memberdayakan. Demikian juga istilah cemas maupun kecemasan akan disebut sebagai *anxietas*, istilah yang sebenarnya juga lazim digunakan dalam khasanah Bahasa Indonesia, yang ditujukan untuk menggambarkan beberapa spektrum perasaan cemas yang mungkin diutarakan.

Dalam hal pemberian saran pengobatan, penulis mengambil acuan terutama dari Formularium Nasional yang telah ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.02.02/Menkes/523/2015 untuk layanan primer maupun sekunder. Obat-obat lain di luar formularium nasional, dicantumkan sebagai pembanding.

### **Sasaran**

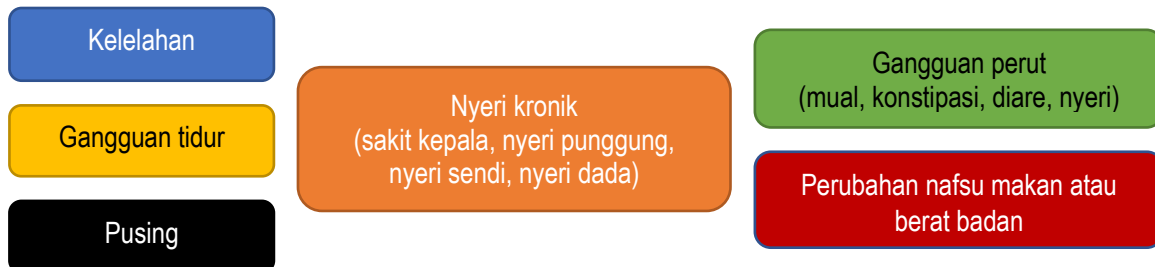
Buku panduan ini diharapkan dapat dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan yang bertugas di layanan primer yaitu dokter, perawat, penanggung jawab kesehatan jiwa untuk memberikan tata laksana, penyusunan program dan evaluasi.



## 2. MENGENALI TANDA DAN GEJALA GANGGUAN ANXIETAS DAN DEPRESI

### Keluhan yang Disampaikan

Sebagian besar pasien datang dengan keluhan somatik. Keluhan somatik yang sering ditemukan adalah: (Bhatt, n.d.; Halverson JL, n.d.; WebMD, 2016)



Keluhan-keluhan anxiety dan depresi tersebut disampaikan dalam berbagai bahasa somatik yang mungkin tidak sepenuhnya dikenali oleh tenaga kesehatan di layanan primer sebagai keluhan anxiety ataupun depresi seperti contoh-contoh berikut ini: (Mayangsari C, 2016)

Ungkapan	Bahasa	Definisi
Tujuh keliling	Indonesia	Sangat pusing
Hidup tak mau mati pun segan	Indonesia	Ungkapan perasaan hidup yang tidak bahagia karena rasa nyeri yang berkepanjangan
<i>Puyeng</i>	Betawi	Pusing
<i>Cengeng</i>	Jawa	Leher tegang
<i>Manteng</i>	Jawa	Tegang
<i>Spaneng, spanning</i>	Belanda	Pikiran tegang
<i>Drop</i>	Inggris	Penurunan kondisi
<i>Kliyeng</i>		Sakit kepala atau pusing
<i>Kenceng</i>	Indonesia	Rasa nyeri seperti ditekan
<i>Ngebet</i>		Nyeri
Kusut	Indonesia	Kacau, tidak teratur, rumit, susah, bingung (hati, pikiran)

### Menapis gejala anxiety dan depresi

Untuk mengenali gejala anxiety dan depresi, sama dengan pemeriksaan medis lainnya, digunakan alat skrining, anamnesis, pemeriksaan fisik, neurologis, status mental, alat pemantauan hasil klinis layanan. Penapisan (skrining) gejala anxiety dan depresi memegang peranan penting dalam membantu mengenali dan memenuhi kebutuhan kesehatan jiwa terutama pada populasi rentan. Beberapa alat skrining yang sering digunakan adalah *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), dan *Generalized Anxiety Disorder – 7* atau Gangguan Anxiety Menyeluruh – 7 (GAD-7). Masing-masing alat skrining akan dijabarkan berikut ini:

### Self-Reporting Questionnaire - 20

Nama: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_ Telepon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ HP: \_\_\_\_\_

**Petunjuk:** Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda **selama 30 hari terakhir**. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu berlaku bagi Anda dan Anda mengalami masalah yang disebutkan dalam 30 hari terakhir, berilah tanda pada kolom **Y**. Sebaliknya, Apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak berlaku bagi Anda dan Anda tidak mengalami masalah yang disebutkan dalam 30 hari terakhir, berilah tanda pada kolom **T**. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Y dan T. Kami tegaskan bahwa, jawaban Anda bersifat rahasia, dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

Selama 30 hari terakhir,		Y	T
1.	Apakah Anda sering menderita sakit kepala?		
2.	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?		
3.	Apakah tidur Anda tidak lelap?		
4.	Apakah Anda mudah menjadi takut?		
5.	Apakah Anda merasa cemas, tegang dan khawatir?		
6.	Apakah tangan Anda gemetar?		
7.	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?		
8.	Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?		
9.	Apakah Anda merasa tidak bahagia?		
10.	Apakah Anda lebih sering menangis?		
11.	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?		
12.	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan?		
13.	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai?		
14.	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini?		
15.	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?		
16.	Apakah Anda merasa tidak berharga?		
17.	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?		
18.	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu?		
19.	Apakah Anda merasa tidak enak di perut?		
20.	Apakah Anda mudah lelah?		

Interpretasi:

- Tidak terdapat nilai *cut off* yang universal yang dapat digunakan
- Dalam kebanyakan situasi **5 sampai 7 jawaban YA** pada nomor **1-20 (gejala neurosis)** mengindikasikan adanya masalah psikologis

**Self Reporting Questionnaire (SRQ)** merupakan alat ukur distress psikologis umum yang dibuat untuk digunakan untuk orang dewasa dan remaja usia 15 tahun ke atas. Selain diisi sendiri, kuesioner ini dapat pula dibacakan kepada responden. Batas nilai positif yang jadi patokan adalah 5 – 7 jawaban YA. Yang positif perlu ditindaklanjuti dengan prosedur penetapan diagnosis.

### KUESIONER KESEHATAN PASIEN-9 (PHQ-9)

Nama: \_\_\_\_\_

Tanggal: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_

Telepon: \_\_\_\_\_

HP: \_\_\_\_\_

Selama 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda terganggu oleh masalah-masalah berikut?

Gunakan tanda “√” untuk menandai jawaban Anda.

	Tidak Pernah	Beberapa hari	Lebih dari separuh waktu	Hampir setiap hari
	0	1	2	3
1. Kurang tertarik atau bergairah dalam melakukan apa pun				
2. Merasa murung, muram atau putus asa				
3. Sulit tidur atau mudah terbangun atau terlalu banyak tidur				
4. Merasa lelah atau kurang bertenaga				
5. Kurang nafsu makan atau makan terlalu banyak				
6. Kurang percaya diri – atau merasa bahwa Anda adalah orang yang gagal atau telah mengecewakan diri sendiri atau keluarga				
7. Sulit berkonsentrasi pada sesuatu, misalnya membaca koran atau menonton televisi				
8. Bergerak atau berbicara sangat lambat sehingga orang lain memperhatikannya atau sebaliknya – merasa resah atau gelisah sehingga Anda lebih sering bergerak dari biasanya				
9. Merasa lebih baik mati atau melukai diri sendiri dengan cara apapun				

Interpretasi:

- Depresi minimal → 0 - 4 → tidak memerlukan tatalaksana depresi
- Depresi ringan → 5 - 9 dan Depresi sedang → 10 - 14 → terapi membutuhkan pertimbangan klinis terapis (tergantung kondisi, gangguan fungsi, dan lama gangguan)
- Depresi dengan tingkat agak berat → 15 - 19 dan Depresi berat → 20 - 27 → membutuhkan terapi psikofarmaka, intervensi psikososial, dan/atau kombinasi keduanya

PHQ-9 adalah instrumen serba guna untuk melakukan skrining, diagnosis, monitoring, dan mengukur keparahan **depresi**. Instrumen ini singkat dan bermanfaat dalam praktik klinis. PHQ-9 dapat diselesaikan pasien dalam beberapa menit dan dinilai dengan cepat oleh klinisi. Ia dapat pula dilakukan berulang untuk menilai perbaikan atau perburukan depresi dalam kaitan dengan pengobatan.

Skor PHQ-9	Derajat depresi
5 – 9	Ringan
10 – 14	Sedang
15 – 19	Agak berat
20 atau lebih	Berat

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder – 7 atau Gangguan Ansietas Menyeluruh – 7) adalah instrumen ini dapat digunakan untuk skrining maupun untuk menilai keparahan ansietas. (Spitzer et al., 2006) Instrumen ini dapat juga digunakan untuk memonitor efek pengobatan.

GAD – 7				
Selama 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda terganggu oleh hal-hal berikut ini?	Tidak sama sekali	Beberapa hari	Lebih dari separuh hari-hari	Hampir setiap hari
1. Merasa cemas, khawatir, atau was-was	0	1	2	3
2. Tidak mampu menghentikan atau mengendalikan rasa cemas	0	1	2	3
3. Kawatir berlebihan akan hal-hal yang berbeda	0	1	2	3
4. Sulit untuk relaks	0	1	2	3
5. Sangat gelisah sehingga sulit untuk duduk diam	0	1	2	3
6. Menjadi mudah tersinggung atau mudah marah	0	1	2	3
7. Merasa takut seakan-akan sesuatu yang buruk bakal terjadi	0	1	2	3
Total skor = _____		Jumlahkan tiap kolom      +      +      +		
Jika anda mempunyai satu atau beberapa gejala di atas, seberapa besar kesulitan yang ditimbulkannya dalam pekerjaan, mengurus rumah, atau bergaul dengan orang lain?				
Tidak sulit sama sekali <input type="checkbox"/>	Agak sulit <input type="checkbox"/>	Sangat sulit <input type="checkbox"/>	Amat sangat sulit <input type="checkbox"/>	

Kategori keparahan ansietas berdasarkan skor GAD – 7:

- Minimal : **0 – 4**
- Ringan : **5 – 9**
- Sedang : **10 – 14**
- Berat : **15 – 21**

### Kapan Perlu Mencurigai

Meskipun disebut sebagai gangguan jiwa yang lazim ditemukan di masyarakat, bukan berarti bahwa gangguan anxiety atau depresi dialami oleh semua orang. Gejala-gejala yang dapat menjadi penanda awal kapan kita perlu mempertimbangkan adanya gejala anxiety dan depresi pada pasien, di antaranya:



Kondisi-kondisi rentan yang perlu diperhatikan karena berpeluang untuk mengalami gangguan anxiety dan depresi di antaranya: (Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnard B, 2010; Kang HJ. Kim SY, Bae KY, Kim SW, Shin IS, Yoon JS, 2015; Risal A, Manandhar K, Linde M, Steiner TJ, 2016; Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, Kotowicz MA, Berk M, Girardi P, Brennan SL, 2013)

	Kelompok rentan	Keterangan
Jenis Kelamin	Laki-laki	Rasio L : P = 3 : 4-5
Umur	Anak dan remaja	14 – 17%
	Dewasa	20 – 30%
	Usia Lanjut	10 – 20%
Tingkat Pendidikan	Rendah	16 – 21%
Status Perkawinan	Bujangan dan Janda/Duda	2,1 – 4,8%
Perempuan - reproduktif	Kehamilan dan persalinan	10,2%
Kondisi kesehatan jiwa	Komorbiditas gangguan jiwa lain	78,5%
Perilaku terkait zat psikoaktif dan alkohol	Merokok, alkohol, ganja	9,4 – 14,3%
Masalah kesehatan fisik	Pasien ICU	37%
	Kanker	10,8 – 16%
	Gangguan ginjal	2,6%
	Obesitas	24%
	Diabetes Melitus	26,6%
	Hipertensi	26,8%
	Stroke	31%
	<i>Acute Coronary Syndrome</i>	19,8%
	Arthritis rheumatoid	13 – 42%
	HIV/AIDS	58,8%
Trauma psikososial	Penyintas kekerasan	35 – 70%
	Penyintas bencana	14,3 – 15,9%

Bila telah ditemukan tanda dan gejala yang dicurigai berhubungan dengan gangguan anxiety dan depresi, lanjutkan proses penelusuran dan pemeriksaan untuk menegaskan diagnosis yang lebih tepat.

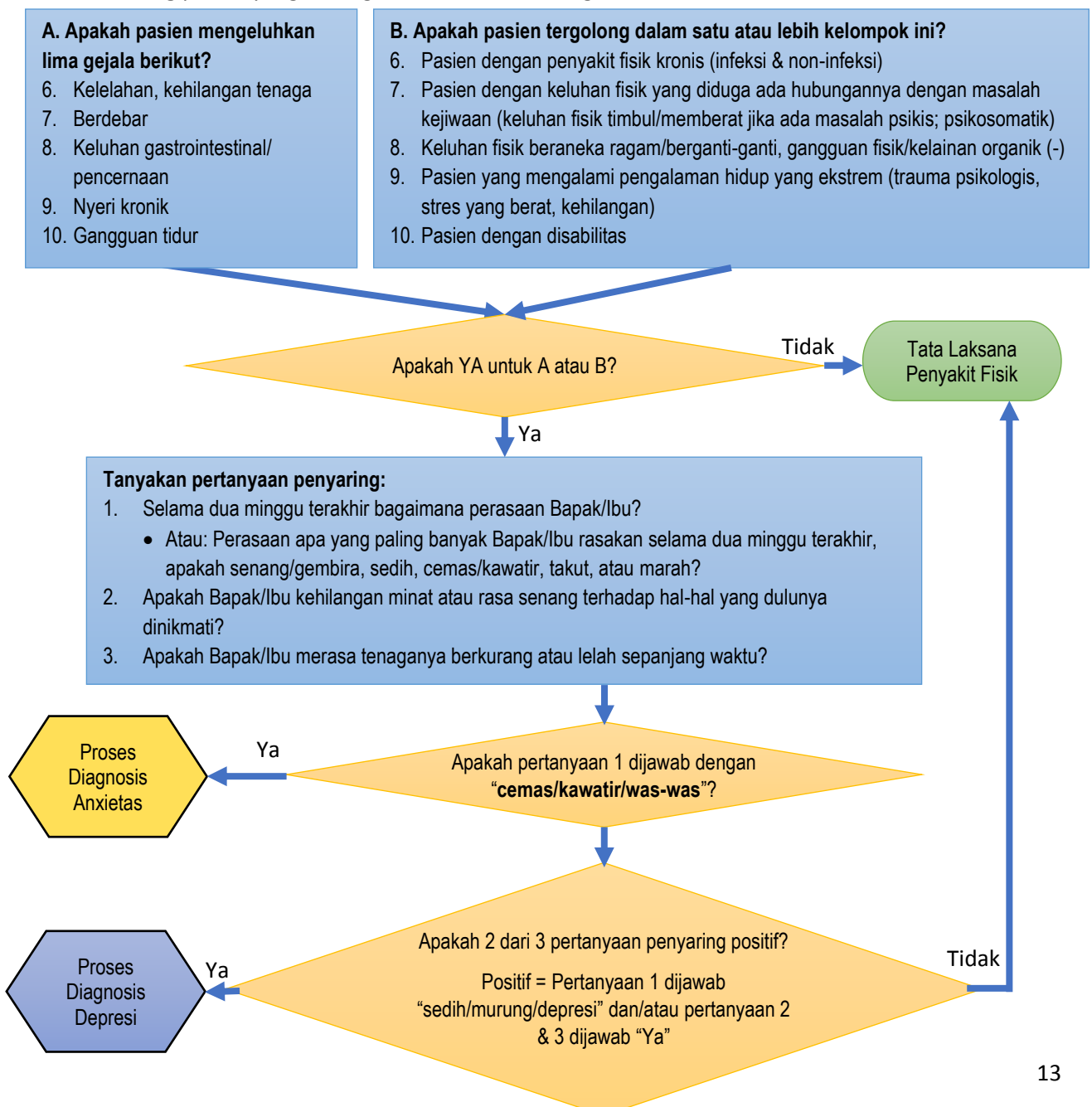
### 3. PENEGAKAN DIAGNOSIS DEPRESI DAN ANXIETAS DI LAYANAN PRIMER

#### Skrining Klinis Gangguan Ansietas dan Depresi

Skrining dipandang sebagai hal yang penting untuk mendeteksi kemungkinan adanya depresi, meskipun pada praktiknya sangat jarang dilakukan seperti yang ditunjukkan oleh sebuah penelitian di Amerika Serikat yang menunjukkan bahwa hanya sekitar 5% pasien yang diskriminasi untuk gangguan depresi. Padahal literatur menyebutkan bahwa mereka yang mengalami skrining akan mendapat kesempatan 5 kali lebih besar untuk mendapatkan pengobatan gangguan *mood*. (Siu AL, 2016)

Skrining merupakan langkah pertama untuk mendeteksi kemungkinan adanya suatu penyakit atau gangguan yang kemudian jika positif dapat dilanjutkan dengan proses penegakan diagnosis dan pemberian tata laksana (obat atau intervensi lainnya) yang lebih sesuai dan tepat sasaran. Skrining dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen skrining seperti yang telah dijabarkan sebelumnya ataupun melalui wawancara klinis sesuai alur skrining klinis berikut

Proses **skrining** pasien yang datang ke klinik adalah sebagai berikut:

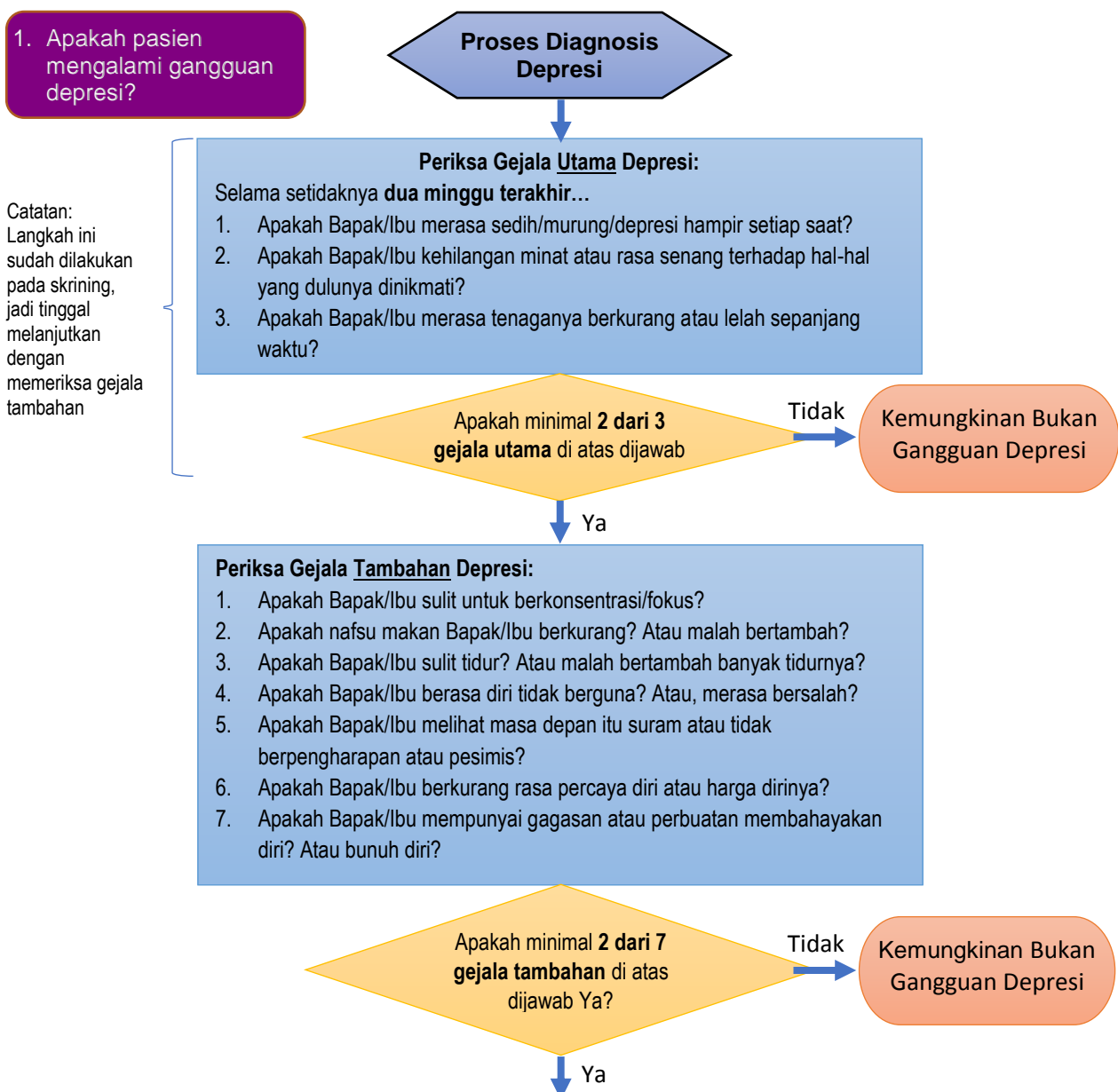


## Penegakan Diagnosis

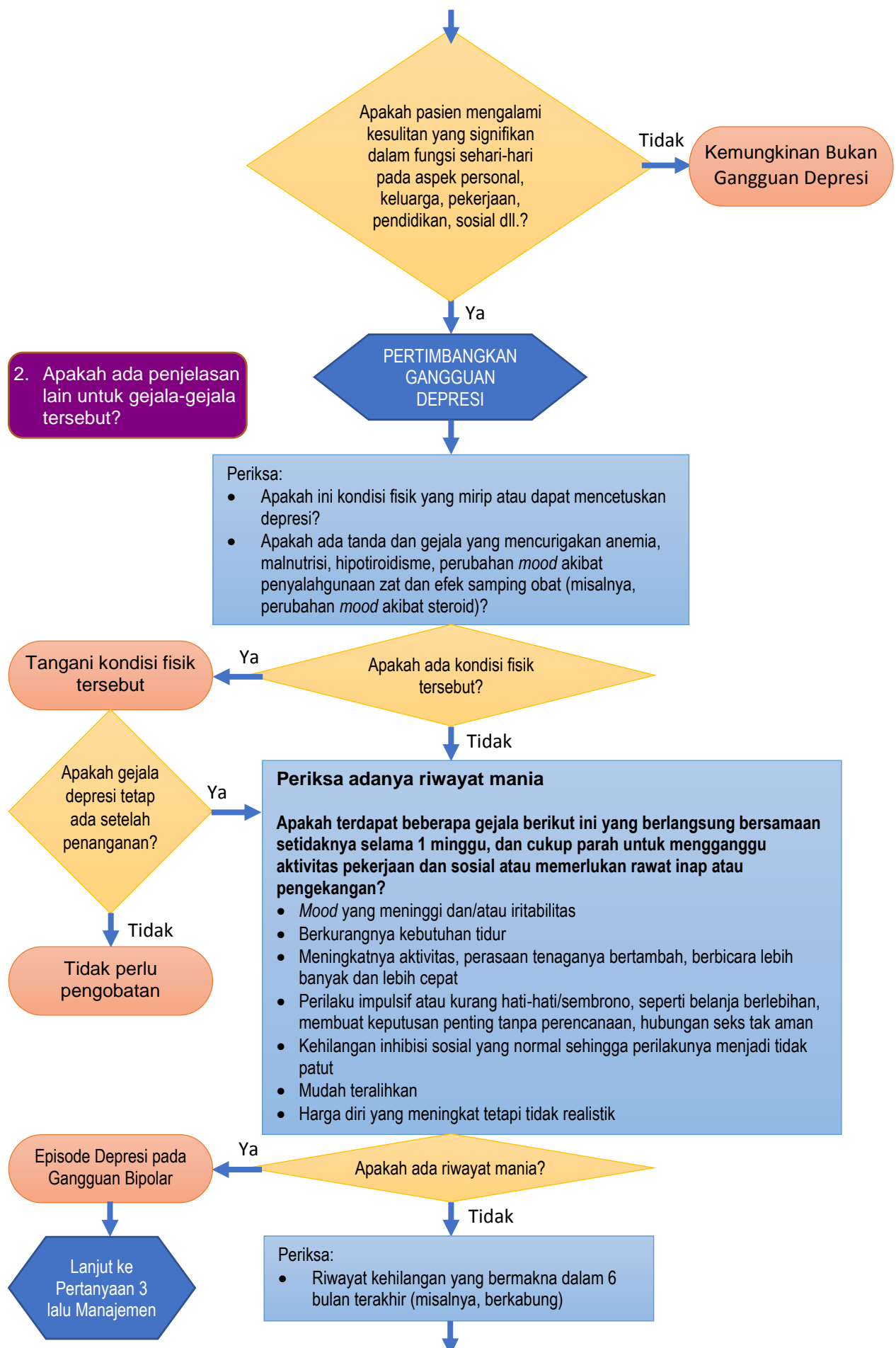
Dalam menentukan diagnosis, kita harus berpegang pada persyaratan yang ada pada kriteria diagnosis agar diagnosis yang dibuat lebih terjamin ketepatannya. Kriteria diagnosis yang digunakan berdasarkan ICD-10. Dalam proses diagnosis ada beberapa langkah yang harus dilalui dengan menjawab ketiga pertanyaan berikut:

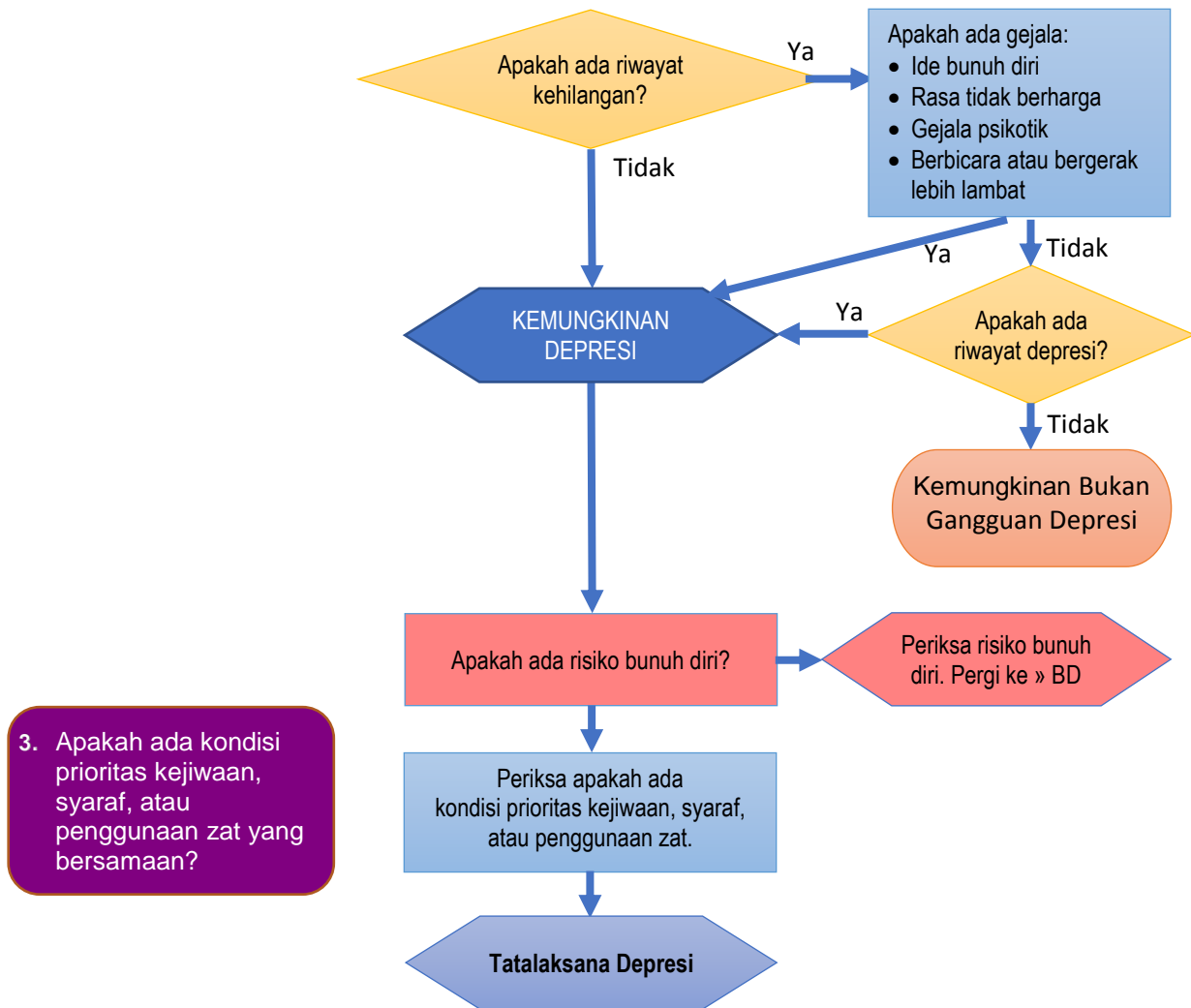
1. Apakah pasien ini mengalami depresi/anxietas?
2. Apakah ada penjelasan lain untuk gejala-gejala tersebut?
3. Apakah ada kondisi prioritas kejiwaan, syaraf, atau penggunaan zat yang bersamaan?

Jadi, setelah diskriminasi hasilnya positif mengarah ke gangguan depresi, maka harus dilanjutkan dengan proses diagnosis sebagai berikut:

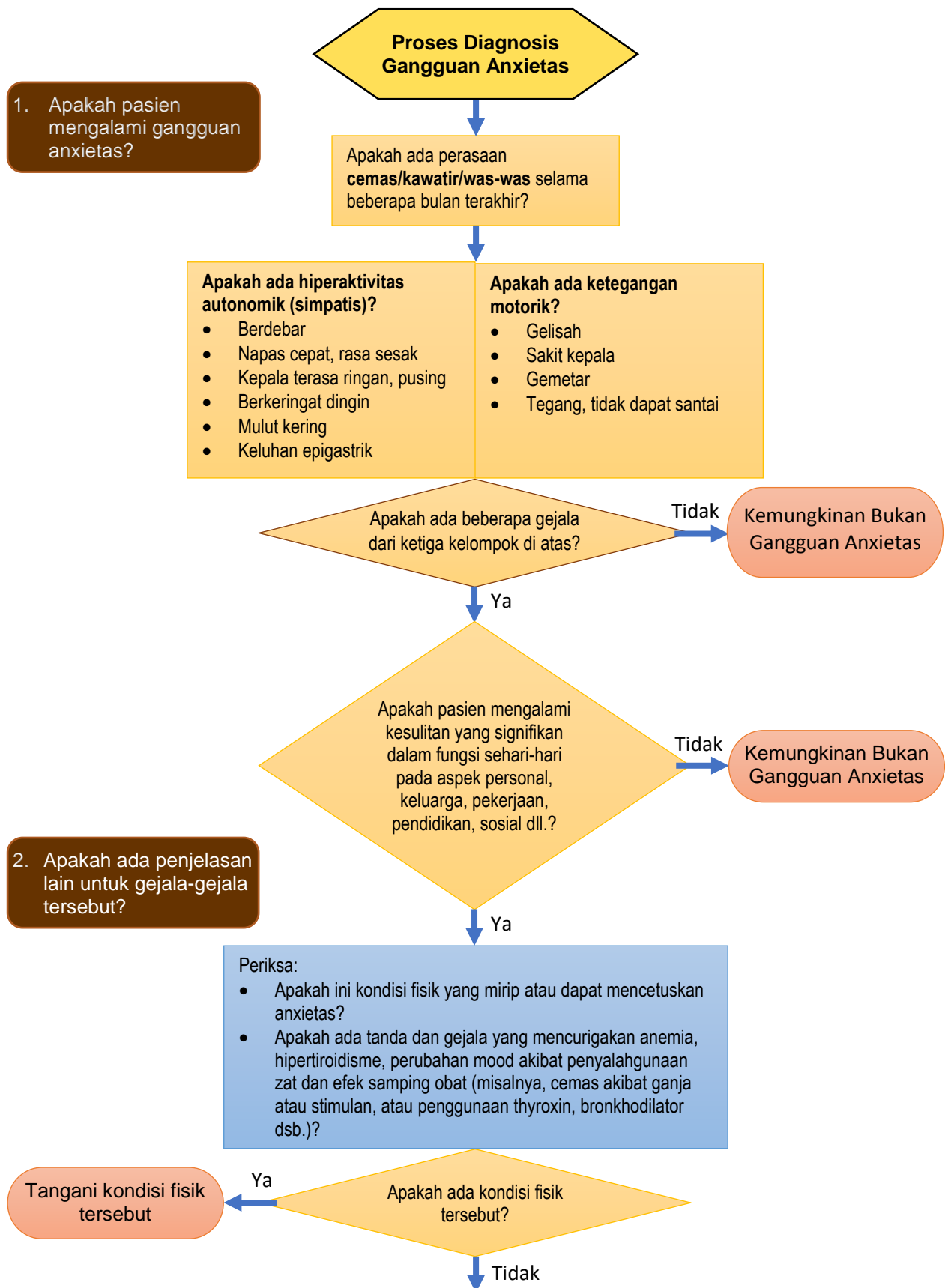


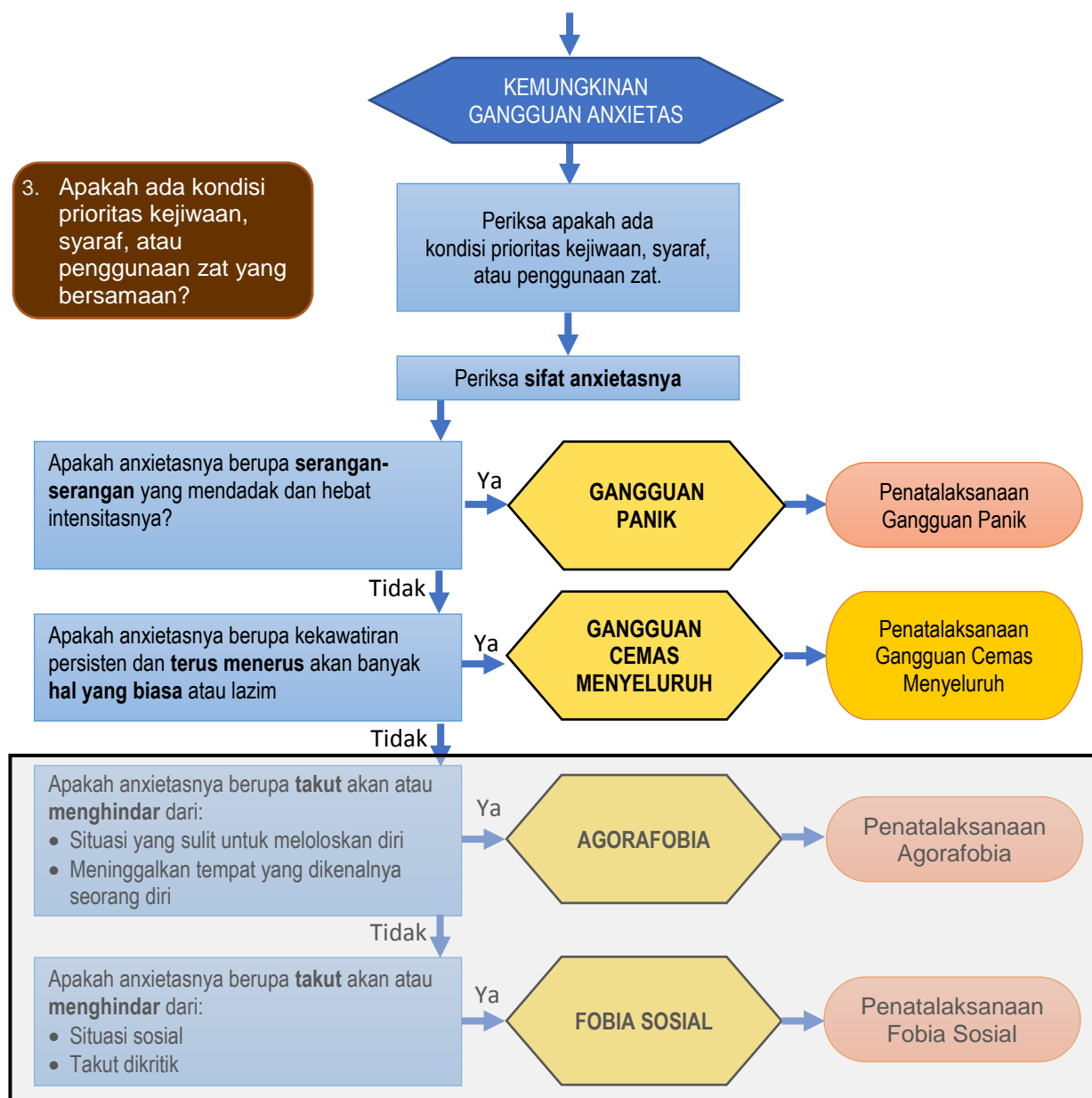






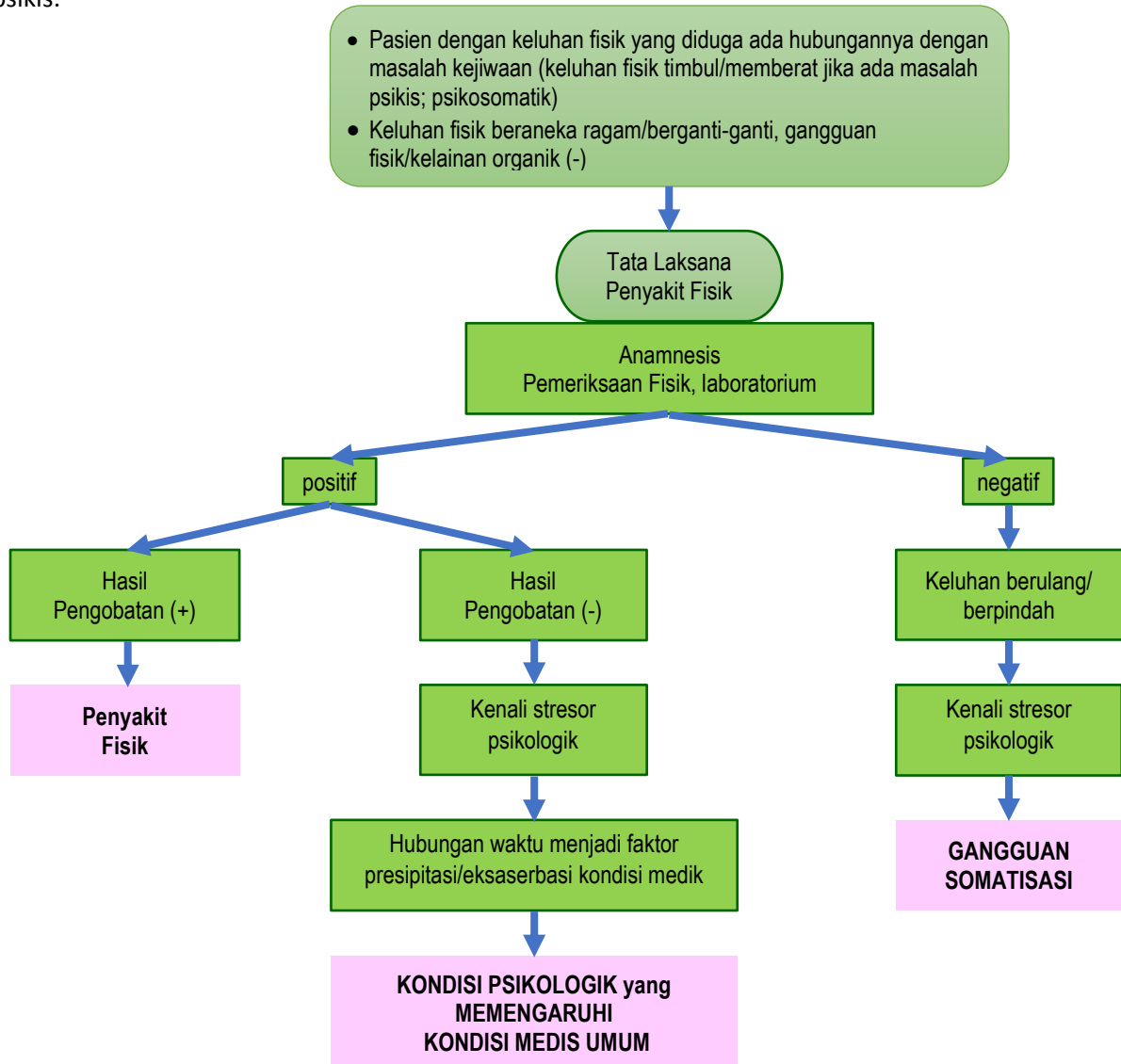
Setelah skrining hasilnya positif mengarah ke gangguan anxiety, maka harus dilanjutkan dengan proses diagnosis sebagai berikut:





Agorafobia dan Fobia Sosial tidak termasuk yang dibahas dalam panduan ini, tetapi tetap dicantumkan untuk diketahui oleh pembaca.

Apabila diputuskan untuk melakukan tata laksana keluhan fisiknya dan keluhan utamanya terutama menyangkut keluhan fisik yang tidak dapat dijelaskan secara medis atau penyakit fisik yang terkait kondisi psikis:



Dalam pedoman ini hanya akan dibahas penatalaksanaan depresi, anxiety (gangguan panik dan gangguan cemas menyeluruh), serta gangguan somatisasi, sedangkan penatalaksanaan agorafobia dan fobia sosial tidak.

## Mengevaluasi keparahan depresi dan anxiety

Untuk menentukan keparahan depresi dapat digunakan kriteria yang terdapat pada ICD-10 seperti di bawah ini.

	Depresi Ringan	Depresi Sedang	Depresi Berat
<ul style="list-style-type: none"><li>Episode harus berlangsung minimal 2 minggu</li><li>Episode tersebut tidak dapat dihubungkan dengan gangguan penggunaan zat psikoaktif atau gangguan mental organik</li></ul>			
Gejala Utama	Minimal 2	Minimal 2	Ketiganya
Gejala Tambahan	Minimal 2	Jumlah gejala utama dan gejala tambahan minimum 6	Jumlah gejala utama dan gejala tambahan minimum 8
Fungsi	Kemungkinan masih dapat melanjutkan sebagian besar tugas/aktivitas	Kemungkinan mengalami kesulitan menjalani aktivitas yang biasa dilakukan	Gejala-gejalanya berat dan menimbulkan distres, terutama kehilangan harga diri, perasaan bersalah atau tidak berharga. Pikiran dan tindakan bunuh diri sering terjadi. Ada sejumlah gejala somatik. Dapat timbul gejala psikotik (halusinasi, waham, retardasi psikomotor atau stupor)

Untuk mengevaluasi keparahan anxiety yang sering dipakai adalah GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder – 7 atau Gangguan Anxiety Menyeluruh – 7). Instrumen ini dapat digunakan untuk skrining dan menilai keparahan, serta memonitor efek pengobatan. (Spitzer et al., 2006)

Kategori keparahan anxiety berdasarkan skor GAD – 7:

- Minimal : 0 – 4
- Ringan : 5 – 9
- Sedang : 10 – 14
- Berat : 15 – 21



## Penilaian risiko bunuh diri

Tanyakan: Apakah Bapak/Ibu/Saudara

- berpikir tentang kematian?
- merasa bahwa tidak ada gunanya hidup terus?
- berharap untuk mati?
- punya rencana untuk mengakhiri hidup?
- apakah pernah mencoba untuk bunuh diri?
- berpikir untuk mencederai diri sendiri?
- *Apa yang membuat Bapak/Ibu/Saudara tidak melakukannya?* – pertanyaan ini ditujukan untuk mencari faktor protektif yang diharapkan dapat didukung atau dikuatkan untuk pencegahan bunuh diri

Apakah ada faktor risiko untuk bunuh diri?

Tanyakan hal-hal di bawah ini:

- Riwayat percobaan bunuh diri atau melukai diri
- Riwayat gangguan jiwa (depresi, skizofrenia, gangguan kepribadian) yang mengakibatkan rendahnya kontrol diri dan kecenderungan perilaku impulsif
- Isolasi sosial, tinggal sendirian
- Penyalahgunaan zat psikoaktif/alkohol
- Putus asa
- Peristiwa kehidupan yang sangat menekan yang baru terjadi
- Penyakit fisik yang parah termasuk nyeri (terutama yang baru), kondisi komorbiditas yang saling memperberat atau menambah beban
- Umur lebih dari 65 tahun dan dewasa muda
- Lajang, cerai, atau berpisah (terutama jika tanpa anak)
- Pengangguran
- Akses terhadap senjata api atau alat lain yang berbahaya
- Riwayat keluarga dengan depresi atau bunuh diri
- Kehilangan (fisik, ekonomi, personal)
- Riwayat kekerasan (fisik, seksual, psikologis/emosional)
- homoseksual

Apakah ada faktor protektif dari risiko untuk bunuh diri?

- Dukungan sosial yang positif dari keluarga/lingkungan;
- Spiritualitas;
- Tanggung jawab pada keluarga;
- Memiliki anak atau hamil;
- Kepuasan hidup;
- Kemampuan membedakan mana yang nyata dan mana yang tidak;
- Keterampilan menyelesaikan masalah
- Hubungan terapeutik yang positif

Tingkat risiko bunuh diri dan tindakan yang harus diambil ditentukan berdasarkan tabel di bawah ini.

Risiko	Gambaran	Tindakan
RENDAH	Tidak ada pikiran bunuh diri, tidak ada faktor risiko.	Teruskan kunjungan selanjutnya dan monitor.
SEDANG	Ada pikiran, tapi tanpa rencana. Dengan atau tanpa faktor risiko.	Periksa dengan teliti risiko bunuh diri pada setiap kunjungan. Buat perjanjian, bahwa pasien akan menghubungi anda jika pikiran bunuh diri semakin kuat. Konsultasikan kepada ahli jika dibutuhkan.
TINGGI	Pikiran bunuh diri dengan rencana.	Penanganan kedaruratan (oleh seorang ahli).



#### 4. PSIKOEDUKASI

Apakah semua gangguan anxietas dan depresi harus mendapatkan obat? Jawabannya TIDAK. Demikian pula apakah obat adalah terapi satu-satunya dalam manajemen gangguan anxietas dan depresi? Jawabannya juga TIDAK. Jadi bagaimana proses terapi dalam depresi? Berikut cara kita berpikir:



Gambaran di atas menunjukkan bahwa sebagian besar kondisi gangguan anxietas dan depresi lebih banyak membutuhkan intervensi psikososial sebagai terapi utamanya. Secara garis besar, intervensi psikososial memiliki tujuan untuk menurunkan gejala hingga reintegrasi ke masyarakat. Berdasarkan tujuan tersebut, maka intervensi psikososial dapat dilaksanakan pada semua fase gangguan sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga.

Intervensi psikososial, sesuai dengan jenisnya dapat dibagi sebagai berikut: (Asher L, Fekadu A, Hanlon C, Mideksa G, Eaton J, Patel V, 2015; Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1997)

Tujuan	Langkah-langkah	Jenis intervensi psikososial						
		Psiko- edukasi	Konseling dan peme- cahan masalah	Relak- sasi	Psikote- rapi Seder- hana	Dukung- an sosial	Medikasi	Rujukan
Menurunkan gejala	Memberikan terapi yang sesuai (medikasi dan intervensi psikososial)	√	√	√	√	√	√	√
Meningkatkan kompetensi sosial	Meningkatkan kapasitas individu dalam keterampilan sosial, koping psikologis, dan fungsi okupasi	√	√	√	√	√	√	
Menurunkan stigma dan diskriminasi	Menurunkan stigma diri dan risiko perlakuan salah akibat stigma dan diskriminasi	√	√	√	√	√	√	
Dukungan keluarga	Memberikan dukungan pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa	√	√	√	√	√		
Dukungan sosial	Membangun dan memelihara dukungan terutama untuk kebutuhan dasar (rumah, pekerjaan, jaringan sosial, dan waktu luang)	√				√		
Pemberdayaan konsumen	Meningkatkan otonomi keluarga dan konsumen	√	√			√	√	√ Sektor produk- si

Dari semua jenis intervensi psikososial, psikoedukasi merupakan jenis intervensi psikososial yang paling dibutuhkan untuk berbagai tujuan terapi yang akan dicapai. Psikoedukasi dapat dilakukan secara aktif dalam bentuk individual maupun kelompok dan secara pasif melalui pemberian *leaflet*, brosur, *website*, dan lain-lain. Modalitas ini merupakan modalitas yang murah, mudah diberikan mudah diakses, dan memiliki banyak bukti efektivitas, di antaranya: (Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, 2009; Uchino T, Maeda M, 2012)

Menurunkan angka kekambuhan, readmisi, memperpendek lama rawat

Menurunkan gejala dan meningkatkan fungsi sosial, kesehatan

Meningkatkan kualitas hidup

Menurunkan risiko sakit dan meningkatkan kesejahteraan keluarga

Meningkatkan interaksi positif keluarga dan dukungan sosial

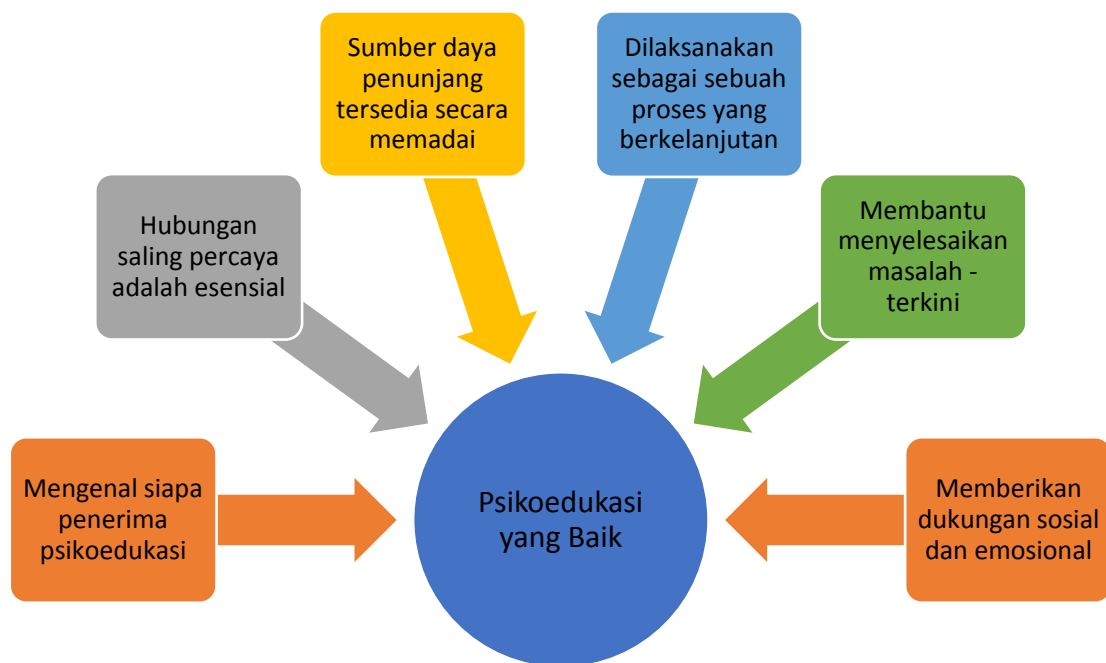
Meningkatkan kualitas layanan kesehatan jiwa

Meningkatkan kerjasama dengan layanan kesehatan

Topik psikoedukasi hendaknya disesuaikan dengan penerimanya yang terdiri atas: (McFarlane WR, n.d.)

Sasaran	Tujuan dan Topik yang Dibutuhkan
Keluarga	<p>Tujuan : membangun <b>kemitraan</b> dengan keluarga dalam mendukung pemulihan</p> <p>Topik : tentang bagaimana memahami situasi dan tantangan, membantu, mencegah kambuh, dan bagaimana menyediakan dukungan</p>
Konsumer	<p>Tujuan : <b>memberdayakan</b> konsumer dengan meningkatkan pemahaman, penerimaan, dan tanggung jawab terhadap kondisinya</p> <p>Topik : pemberian informasi tentang gangguan jiwa, membangun tilikan (kesadaran tentang penyakit dan kondisinya), ketaatan, dan membangun kemampuan penyelesaian masalah</p>
Keluarga dan konsumer	<p>Tujuan : membangun <b>pemahaman bersama dan komitmen</b> untuk <b>bermitra</b></p> <p>Topik : gabungan kedua kelompok topik di atas</p>

Psikoedukasi yang baik dapat terlaksana bila terpenuhi unsur-unsur berikut:



Tahapan melakukan psikoedukasi di antaranya:

Tahapan	Aktivitas
Persiapan	<ul style="list-style-type: none"><li>• pengkajian kebutuhan psikoedukasi pada pasien dan keluarga.</li><li>• mempersiapkan kegiatan psikoedukasi</li></ul>
Pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"><li>• perkenalan dan membangun komitmen bersama</li><li>• memberikan materi secara bertahap dan interaktif dengan memperhatikan respons pasien</li><li>• memberikan simpulan dan pesan kunci tentang psikoedukasi yang telah dilaksanakan</li><li>• menyusun rekomendasi ke depan</li></ul>
Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"><li>• pengkajian efektivitas psikoedukasi sesuai tujuan tata laksana</li><li>• penyusunan rekomendasi untuk perbaikan berkelanjutan</li></ul>

Pengkajian kebutuhan dapat dilakukan dengan menggunakan formulir berikut ini:

**IDENTIFIKASI HAMBATAN BELAJAR:**

1. Apakah terdapat hambatan fisik untuk belajar? (beri tanda (v) pada kolom yang sesuai)

☐ Ya    ☐ Tidak

Bila ya hambatan apa yang dimiliki?

☐ Gangguan pendengaran    ☐ Gangguan penglihatan    ☐ Kelemahan tubuh

2. Apakah terdapat hambatan psikologis untuk belajar? (beri tanda (v) pada kolom yang sesuai)

☐ Ya    ☐ Tidak

Bila ya hambatan apa yang dimiliki?

☐ Gangguan kognitif    ☐ Motivasi kurang    ☐ Masalah emosi

3. Apakah terdapat hambatan bahasa?

☐ Ya    ☐ Tidak

Apakah dibutuhkan penerjemah?

☐ Ya    ☐ Tidak

Proses identifikasi hambatan belajar ditujukan untuk memahami kebutuhan belajar pasien yang bila tidak diperhatikan akan menghambat proses edukasi. Kebutuhan tersebut dapat berupa penggunaan alat bantu (alat bantu dengar, leaflet dengan huruf braille, media visual, dll), metode belajar khusus (diskusi interaktif, pengulangan, kuis berhadiah, dll), penerjemah.

#### Kebutuhan topik pembelajaran?

Topik-topik	Tingkat Pemahaman Awal (beri tanda (v) yang sesuai kondisi pasien)	
Gejala penyakit	<input type="checkbox"/>	Sudah mengerti
	<input type="checkbox"/>	Perlu edukasi ulang
	<input type="checkbox"/>	Hal baru
Diagnosis penyakit	<input type="checkbox"/>	Sudah mengerti
	<input type="checkbox"/>	Perlu edukasi ulang
	<input type="checkbox"/>	Hal baru
Perjalanan penyakit	<input type="checkbox"/>	Sudah Mengerti
	<input type="checkbox"/>	Perlu edukasi ulang
	<input type="checkbox"/>	Hal baru
Manajemen medikasi	<input type="checkbox"/>	Sudah mengerti
	<input type="checkbox"/>	Perlu edukasi ulang
	<input type="checkbox"/>	Hal baru
Manajemen psikososial	<input type="checkbox"/>	Sudah mengerti
	<input type="checkbox"/>	Perlu edukasi ulang
	<input type="checkbox"/>	Hal baru

Dalam mengisi tabel di atas, tenaga kesehatan perlu menanyakan kebutuhan topik yang ingin dipelajari atau lebih diketahui. Mengingat kondisi anxietas dan depresi sangat mungkin berlangsung kronik sehingga telah mengakses berbagai layanan kesehatan. Edukasi juga mungkin telah diberikan oleh tenaga kesehatan lain sebelumnya. Oleh karenanya, dirasakan penting untuk menilai tingkat pemahaman awal terhadap topik-topik dasar dan penting yang perlu diketahui baik oleh pasien maupun keluarga. Tingkat pemahaman dapat dinilai dengan memberikan penilaian apakah pasien/keluarga sudah mengerti, perlu edukasi ulang, atau belum pernah mengetahui tentang topik terkait. Proses edukasi akan disesuaikan dengan kebutuhan tersebut.

Topik-topik yang dapat dipilih dalam menyelenggarakan psikoedukasi antara lain:



Berikut topik-topik yang sering ditanyakan:

No.	Pertanyaan	Edukasi
1.	Apakah saya mengalami anxiety atau depresi?	Ajaklah konsumen untuk mengenali gejala-gejala yang dialami – baik melalui alat-alat skrining maupun melalui anamnesis dan pemeriksaan
2.	Apa yang menyebabkan anxiety atau depresi?	Tidak semua gangguan anxiety dan depresi memiliki penyebab yang pasti. Latar belakang seseorang mengalami gangguan ini dapat dilihat secara bio – psiko – sosial.  Fokus utama pada pemicu (bila ada) saat ini – sehingga dapat dicegah dan ditata laksana.
3.	Apakah anxiety dan depresi dapat ditata laksana?	Anxiety dan depresi dapat dikontrol dengan tata laksana yang ada. Kerja sama antara konsumen, keluarga, dan tenaga kesehatan sangatlah penting untuk menjamin keberlanjutan terapi.
4.	Berapa lama tata laksana harus dijalani?	Tata laksana memerlukan waktu untuk dapat berfungsi secara efektif. Minimal diperlukan waktu 3 – 6 bulan, baik untuk pemberian obat maupun intervensi psikososial
5.	Tata laksana apa saja yang tersedia?	Tata laksana yang tersedia saat ini adalah obat dan terapi non obat seperti latihan-latihan pemecahan masalah, konseling, latihan relaksasi, dan lain-lain
6.	Obat-obat apa saja yang harus diminum?	Obat untuk gangguan anxiety disebut anti-anxiety, obat untuk gangguan depresi disebut antidepressan
7.	Apakah obat tersebut ada efek sampingnya?	Semua obat tentu saja memiliki efek samping, namun sifatnya sangat individual dan dapat diatasi dengan pengaturan dosis obat maupun adaptasi tubuh

No.	Pertanyaan	Edukasi
8.	Apakah obat tersebut menyebabkan ketergantungan?	Ciri khas gangguan ini adalah kronik dan kambuhan, obat digunakan untuk mengontrol gejala dan mencegah kambuh sama seperti obat pada penyakit tekanan darah tinggi atau obat kencing manis. Selama pemberian obat ada dalam kontrol tenaga kesehatan, maka risiko ketergantungan obat tidak perlu dikawatirkan
9.	Apakah kondisi bisa menjadi lebih berat?	Pada sebagian kecil kasus yang berat, risiko yang lebih besar dapat dialami. Risiko tersebut di antaranya perilaku melukai diri, percobaan bunuh diri, tindak kekerasan, dan penyalahgunaan narkoba.  Dalam kondisi seperti itu, maka diperlukan rujukan ke sarana kesehatan yang lebih tinggi (rumah sakit umum atau rumah sakit jiwa) untuk mendapatkan pertolongan dari psikiater.
10.	Apakah tata laksana dan rujukan ditanggung biayanya oleh pemerintah?	Ya, tata laksana dan rujukan ditanggung oleh jaminan kesehatan nasional, baik untuk obat maupun terapi lainnya.
11.	Apa yang harus saya lakukan untuk merasa lebih baik?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hal terpenting adalah menjamin keberlanjutan terapi</li> <li>b. Melakukan hal-hal yang menarik, membuat senang, dan membawa manfaat – abaikan hasil yang dicapai</li> <li>c. Penting untuk memelihara siklus tidur yang sehat dan teratur (jam tidur dan jumlah jam tidur sama, hindari tidur terlalu banyak)</li> <li>d. Lakukan aktivitas fisik</li> <li>e. Lakukan aktivitas sosial seperti pengajian, arisan, dan lain-lain seperti biasa</li> <li>f. Buat perencanaan-perencanaan jangka pendek dan mulai dengan hal-hal yang mudah dicapai</li> <li>g. Bila terpikir untuk melukai diri atau orang lain – segeralah minta pertolongan</li> <li>h. Tetap menjaga kesehatan fisik – pengaturan makan sehat</li> </ul>

Berikut ini beberapa pertanyaan yang ditujukan untuk menilai metode belajar yang dianggap paling efektif untuk pasien. Metode edukasi akan disesuaikan dengan metode belajar pasien untuk menjamin efektivitas edukasi.

1. Metode belajar yang selama ini efektif:

☐ Membaca   ☐ Penjelasan dan diskusi   ☐ Menonton   ☐ Menulis   ☐ Lain-lain:.....

2. Suasana belajar yang selama ini efektif:

☐ Individu   ☐ Kelompok

3. Minimal waktu yang diperlukan untuk belajar? ..... menit

Halaman ini sengaja dikosongkan



## 5. KONSELING DAN PEMECAHAN MASALAH

### A. Konseling

#### 1. Pengertian Konseling

Menurut *The Concise Oxford Dictionary*, konseling merupakan proses membantu dan membimbing, khususnya oleh orang yang terlatih atau berbasis profesional untuk menyelesaikan masalah atau kesulitan personal, sosial, psikologis. (The Oxford Living Dictionary, 2017) Selain itu, konseling adalah tindakan membantu klien untuk melihat lebih jelas dan memandang dari sudut pandang yang berbeda. Hal ini dapat memungkinkan klien untuk fokus pada perasaan, pengalaman perilaku dengan tujuan untuk memfasilitasi perubahan positif. Selanjutnya konseling juga dapat didefinisikan sebagai hubungan saling percaya dan kerahasiaan merupakan hal yang terpenting untuk kesuksesan dari konseling. Konselor profesional biasanya akan menjelaskan kebijakan dalam menjaga rahasia. (Krisman, 2015) Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa

Konseling merupakan proses yang terjadi bila klien dan konselor bersama-sama mencoba menyelesaikan masalah dengan cara melihat masalah lebih jelas dan dari sudut pandang yang berbeda.

#### 2. Tujuan Konseling (Mappiare, 1992)

Melalui konseling, diharapkan pasien dapat:

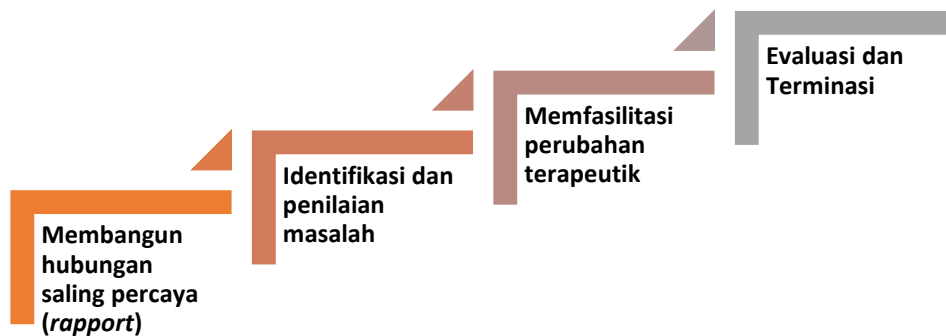
- mengembangkan status kesehatan mental yang lebih positif
- membangun pribadi yang efektif
- membantu membuat keputusan
- membantu untuk mengubah perilaku

#### 3. Sikap dan Teknik Konseling (Mappiare, 1992)

Sikap Dasar yang Diperlukan	Tehnik yang Diperlukan
<ul style="list-style-type: none"><li>• empati</li><li>• penerimaan</li><li>• pemahaman</li><li>• kesejatan dan keterbukaan</li><li>• ketulusan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• kemampuan berpikir logis dan runtun</li><li>• kemampuan komunikasi</li><li>• tanggap dan cepat dan tepat dalam merespons ungkapan pasien</li><li>• pengembangan keakraban</li></ul>

#### 4. Langkah-langkah Konseling

Pelaksanaan konseling dilakukan dengan fokus pada masalah kesehatan yang dihadapi pasien, yaitu anxiety dan depresi. Langkah-langkah melakukan konseling adalah sebagai berikut:



Langkah-langkah Konseling (Hackey and Cornier, 2005; Lesmana, 2006)

Tahapan	Penjelasan
<b>Langkah 1: Membangun hubungan saling percaya</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapport</b> adalah suatu suasana psikologis yang positif, yang mengandung kehangatan, dan penerimaan</li> <li>• <b>Bertujuan</b> untuk dapat menjelaskan masalahnya, kekhawatiran yang dimiliki, <i>distres</i>, serta alasan datang</li> <li>• <b>Tenaga kesehatan</b>: memiliki <b>keterampilan</b> mendengarkan dan kemampuan mengatasi penghalang komunikasi.</li> </ul>
<b>Langkah 2: Identifikasi dan penilaian masalah</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penilaian dilakukan melalui wawancara riwayat hidup dan persepsi tentang masalah dan penyebabnya.</li> <li>• <b>Wawancara riwayat hidup (Krisman, 2015)</b>, meliputi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. data identitas</li> <li>b. ungkapan-ungkapan tentang masalah</li> <li>c. riwayat keluarga</li> <li>d. riwayat pribadi</li> <li>e. deskripsi diri</li> <li>f. ringkasan serta rekomendasi</li> </ol> </li> <li>• <b>Definisi masalah berfokus</b> pada upaya konselor untuk memahami cara pasien menyampaikan masalah.</li> <li>• Area untuk memahami masalah lebih lanjut meliputi:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. deksripsi masalah</li> <li>b. pola/perjalanan peristiwa</li> <li>c. durasi (kerangka waktu) masalah</li> <li>d. keterampilan koping (cara mengatasi)</li> </ol> </li> </ul>
<b>Langkah 3: Memfasilitasi perubahan terapeutik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bertujuan</b> untuk mencari strategi dan intervensi yang dapat memudahkan terjadinya perubahan.</li> <li>• Konselor mempersiapkan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Alternatif (pikirkan lebih dari 1 kemungkinan penyelesaian penyelesaian masalah)</li> <li>b. kemungkinan potensi (hal-hal yang mendukung) dan konsekuensi (hal-hal yang kurang mendukung) dari berbagai alternatif</li> </ol> </li> <li>• rencana tindakan memberikan kesempatan untuk membuat pilihan</li> <li>• Hal lain yang perlu diperhatikan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. bagaimana cara mengenali dan berhadapan dengan hambatan afektif (rasa kuatir gagal, takut terhadap penolakan, dan lain-lain)</li> <li>b. pengelolaan stres</li> <li>c. meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah</li> </ol> </li> </ul>
<b>Langkah 4: Evaluasi dan Terminasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konselor menyiapkan terminasi konseling.</li> <li>• Konseling yang efektif adalah konseling yang membuka kemungkinan pengembangan pribadi pasien dalam menyelesaikan masalahnya.</li> <li>• <b>Hal yang harus diperhatikan</b> dalam mengakhiri konseling, adalah:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. saat mengakhiri konseling – terminasi konseling perlu dilakukan saat pasien menunjukkan peningkatan kemampuannya dalam</li> </ol> </li> </ul>

mengatasi masalah atau ketika dirasakan bahwa proses konseling tidak akan membantu lebih banyak (misalnya pasien sulit membangun kepercayaan pada konselor dan pasien tidak pernah datang)

- b. inisiator terminasi (bisa dari konselor maupun pasien).
- Langkah-langkah melakukan terminasi, meliputi
  - a. persiapan verbal
  - b. merancang kemungkinan diperlukannya tindak lanjut/*follow up*
  - c. merancang kemungkinan merujuk
  - d. pamit secara formal.
- Terminasi diusahakan dalam suasana menyenangkan dan penuh kepercayaan, menghargai pasien yang sudah mempercayai konselor termasuk memberikan penghargaan pada pasien yang telah berhasil menemukan upaya penyelesaian masalahnya.

Dalam pelaksanaan konseling terdapat beberapa hal yang harus dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan seperti dalam gambar berikut. (Teacher Empowerment through Support and Technology (TEST), n.d.)



### Hal-hal yang Harus Dilakukan

- Selalu menyapa dengan ramah
- Bersikap sopan
- Memperkenalkan diri
- Empati
- Mendengar aktif
- Tepat dan jelas dalam berbicara
- Tepat waktu dan menepati janji
- Membantu untuk merasa nyaman
- Mengajukan pertanyaan terbuka
- Memfasilitasi proses pengambilan keputusan klien
- Berbagi informasi
- Mempertahankan kontak mata
- Simpulkan percakapan untuk meningkatkan pemahaman pasien
- Buatlah pasien merasa penting



### Hal-hal yang Tidak Boleh Dilakukan

- Menghakimi
- Menyalahkan
- Membuat janji yang tidak dapat dijaga
- Memaksakan solusi
- Memberikan informasi yang salah
- Menginterupsi saat pasien sedang berbicara tanpa alasan
- Mengintimidasi melalui bahasa tubuh
- Menggunakan penguatan negatif (*negative reinforcement*)
- Pikiran bahwa dapat mengendalikan perilaku

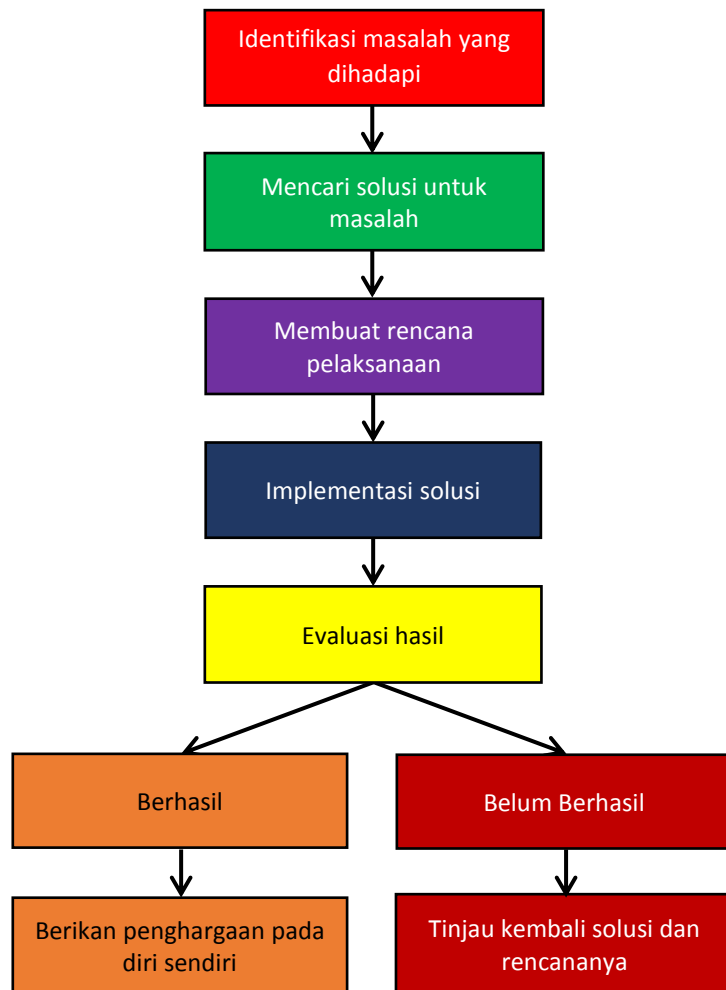
## B. Teknik Pemecahan Masalah

Pemecahan masalah merupakan kemampuan belajar untuk membantu individu mengevaluasi dan melihat kembali masalah yang dihadapi baik itu masalah besar ataupun kecil dengan lebih terstruktur dan detail. Biasanya digunakan pada terapi individu dan mampu membantu manajemen terapi depresi dan anxietas ringan hingga sedang.

Tahapan melakukan pemecahan masalah (New Zealand Health Promotion Agency, n.d.; Yeung et al., 2010)

Tahapan	Aktivitas
A. Identifikasi masalah	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tuliskan masalah yang sedang dihadapi (contohnya hubungan dengan keluarga dan pasangan, kehilangan orang terdekat, stres akademik, masalah pada pekerjaan, dll.)</li><li>2. Buatlah penomoran dari 1 – sekian (jumlah masalah yang teridentifikasi) – no 1 adalah masalah yang dirasakan paling berat atau paling banyak mengganggu pikiran/perasaan demikian selanjutnya</li><li>3. Pilih satu masalah yang ringan (masalah dengan penomoran paling besar) dan dapat dikontrol terlebih dahulu dengan cara penyelesaian masalah yang sederhana</li><li>4. Pahami masalah dengan jelas melalui pertanyaan-pertanyaan berikut:<ul style="list-style-type: none"><li>• mengapa masalah dapat terjadi?</li><li>• apa pengaruhnya pada hidup saya?</li><li>• kapan masalah mulai terjadi?</li><li>• di mana masalah terjadi?</li><li>• siapa saja yang terlibat dalam masalah tersebut?</li></ul></li></ol>
B. Mencari solusi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menuliskan ide atau cara yang dapat dilakukan untuk memecahkan masalah tanpa memikirkan apakah itu merupakan ide yang baik, buruk, dan mampu dilakukan atau tidak</li><li>2. Buatlah penomoran dari 1 – sekian (jumlah cara pemecahan masalah yang teridentifikasi) – no 1 adalah cara pemecahan masalah yang dirasakan paling sering berhasil demikian selanjutnya</li><li>3. Selanjutnya pilih ide yang paling terbaik (pemecahan masalah no 1)</li><li>4. Evaluasi ide tersebut dengan cara mempertimbangkan hal baik (keuntungan) dan hal yang kurang baik (kerugian) ide tersebut</li><li>5. Bila ide tersebut dirasa kurang baik, coba lakukan hal tersebut dengan cara yang lebih baik dan bandingkan di antaranya mana yang lebih potensial untuk dilakukan</li><li>6. Uji cobakan cara tersebut (bila sesuai) dengan masalah yang telah dipilih pada tahapan A3 (di atas)</li></ol>
C. Membuat rencana	Rencana solusi harus dapat menjawab pertanyaan berikut: <ul style="list-style-type: none"><li>• Apa yang dibutuhkan untuk menyelesaikan rencana?</li><li>• Siapa yang dapat membantu menyelesaikan masalah? Dan bagaimana cara mereka agar dapat membantu?</li><li>• Kapan target menyelesaikan rencana?</li><li>• Bagaimana cara mengetahui masalah tersebut telah selesai?</li></ul>
D. Implementasi Solusi	Laksanakan rencana penyelesaian masalah dengan komitmen penuh
E. Evaluasi	Luangkan waktu untuk meninjau kembali rencana dengan cara menjawab pertanyaan berikut: <ul style="list-style-type: none"><li>• Apa yang berhasil? Bila berhasil berarti sudah melakukan dengan baik dan luangkan waktu untuk memberikan penghargaan dan merayakan keberhasilan tersebut.</li><li>• Apa yang menjadi tantangan? Apa yang melatarbelakangi sehingga hal itu terjadi? Bagaimana kita dapat memperbaikinya?</li></ul>

Secara ringkas tahapan pemecahan masalah dapat dilihat pada skema berikut:



## Formulir Pemecahan masalah

### Langkah A: Identifikasi masalah yang dihadapi

1. Menuliskan daftar masalah yang dihadapi

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Masalah dapat berupa:

- Hubungan dengan keluarga atau pasangan (suami atau istri)
- Kehilangan orang terdekat
- Stres akademik
- Masalah pada pekerjaan
- Kekerasan
- Akomodasi
- Finansial
- Legal
- Alkohol atau obat-obatan terlarang
- Penyakit fisik atau mental
- Kurang percaya diri

2. Buatlah penomoran dari 1 – sekian (jumlah masalah yang teridentifikasi) – no 1 adalah masalah yang dirasakan paling berat atau paling banyak mengganggu pikiran/perasaan demikian selanjutnya

3. Pilih satu masalah yang terdapat dalam daftar masalah yang ingin diselesaikan (nomor terbesar)

---

4. Definisikan masalah dengan jelas

- a. Mengapa masalah dapat terjadi? \_\_\_\_\_
- b. Apa pengaruhnya pada hidup saya? \_\_\_\_\_
- c. Kapan masalah mulai terjadi? \_\_\_\_\_
- d. Dimana masalah terjadi? \_\_\_\_\_
- e. Siapa saja yang terlibat dalam masalah tersebut? \_\_\_\_\_

5. Tuliskan pernyataan masalah yang dihadapi (gunakan jawaban pertanyaan di atas untuk meringkas masalah yang dihadapi. Mulai pernyataan dengan kata “Saya”).

---

### Langkah B: Mencari solusi

1. Tuliskan daftar solusi yang selama ini berpotensi untuk menyelesaikan masalah yang sudah di pilih (no A.5 di atas)

---

---

---

---

---

---

---

Tips untuk mendapatkan ide:

- Tuliskan saja apa yang terlintas
- Tuliskan apa pun solusi walaupun dirasa hal tersebut merupakan hal yang tidak mungkin

2. Evaluasi daftar solusi

(berikan waktu tambahan untuk memikirkan solusi mana yang paling terbaik untuk dikerjakan dari semua daftar yang sudah dituliskan di atas, eliminasi yang terlalu sulit. Buatlah penomoran dari 1 – sekian (jumlah cara pemecahan masalah yang teridentifikasi) – no 1 adalah cara pemecahan masalah yang dirasakan paling sering berhasil demikian selanjutnya)

3. Pilih solusi yang terbaik (solusi no 1)

---

4. Evaluasi ide solusi yang telah dipilih

(lakukan tes pertimbangan solusi dengan melihat keuntungan dan kerugian dalam membantu menyelesaikan masalah)

- Bagaimana solusi ini akan memengaruhi kesejahteraan saya? (Fisik, psikologis, ekonomi)
- Berapa banyak waktu dan usaha yang dibutuhkan? (apakah saya bisa menginvestasikan?)
- Apakah ada biaya atau sumber daya lain yang dibutuhkan? (apakah saya bisa menginvestasikan, apakah ada yang dapat membantu?)
- Bagaimana solusi itu sesuai dengan tujuan dan komitmen saya yang lain?
- Bagaimana solusi itu akan memengaruhi kesejahteraan orang-orang yang dekat dengan saya?
- Apakah saya memiliki keterampilan untuk mengerjakan solusi tersebut? Bila tidak, adakah yang dapat membantu saya?

Keuntungan	Kerugian	Netral

5. Tuliskan pernyataan solusi

(jika ide menunjukkan hasil yang menjanjikan untuk dilakukan, tuliskan ringkasannya di bawah ini. Jika ide menunjukkan hasil yang kurang baik, ulangi evaluasi salah satu ide yang lain dan bandingkan dengan ide yang sudah dipilih sebelumnya untuk melihat mana yang lebih potensial). Tuliskan kalimat solusi dengan bahasa yang menunjukkan komitmen seperti “saya akan

---

**Langkah C: Membuat rencana**

1. Tuliskan deskripsi dari rencana

(bagian ini akan menguraikan secara rinci tentang apa yang akan dilakukan, mengapa harus dilakukan, bagaimana melakukannya, kapan, oleh siapa, di mana? (pendekatan 4W-1H)

2. Periksa rencana (Pendekatan S-M-A-R-T)

- Spesifik (identifikasi apa hal-hal penting yang harus dilakukan)

- Terukur (putuskan bagaimana solusi tersebut dianggap sukses/berhasil)

- Bisa dilakukan (identifikasi risiko dan tugas yang sangat sulit, putuskan sekarang bagaimana cara mengatasinya)

- Relevan (periksa kembali bahwa hal ini menjadi masalah saat ini dan bahwa solusi dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah)



- Ikatan waktu (menetapkan tanggal mulai, tanggal selesai dan tanggal penting di sepanjang penyelesaian)

Sediakan waktu untuk meringkas masalah yang dihadapi dan solusi yang dipilih. Lalu tuliskan setiap langkah penyelesaian masalah tersebut sesuai dengan rencana.

Masalah saya adalah:

Solusi saya adalah:

Rencana yang akan saya lakukan yaitu:

No.	Aktivitas yang akan dilakukan	Penanggung Jawab	Tenggat Waktu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

#### Langkah D: Tinjau kemajuan yang dilakukan

1. Tinjau kemajuan yang dilakukan

Apa yang sudah bekerja dengan baik

Apakah yang belum terjadi sesuai dengan rencana (alasannya)

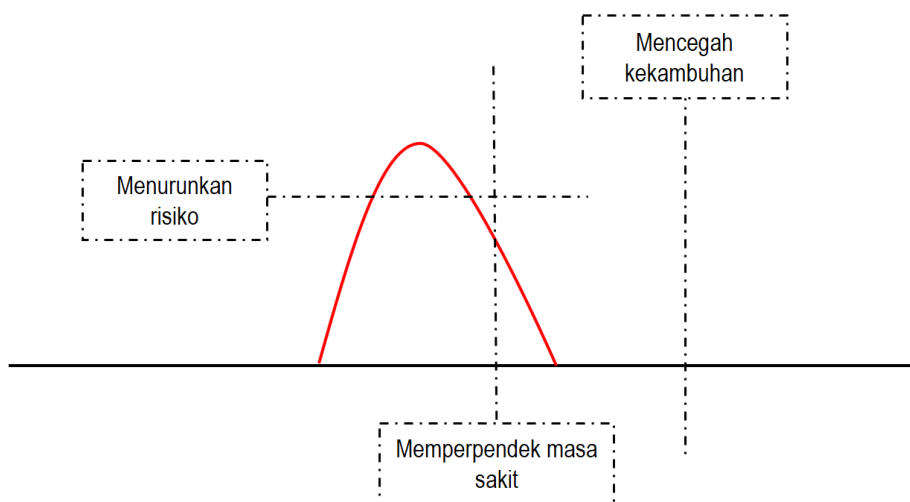
Apa yang harus saya perbaiki dari rencana

2. Berilah penghargaan pada diri sendiri

## 6. FARMAKOTERAPI DEPRESI DAN ANXIETAS DI LAYANAN PRIMER

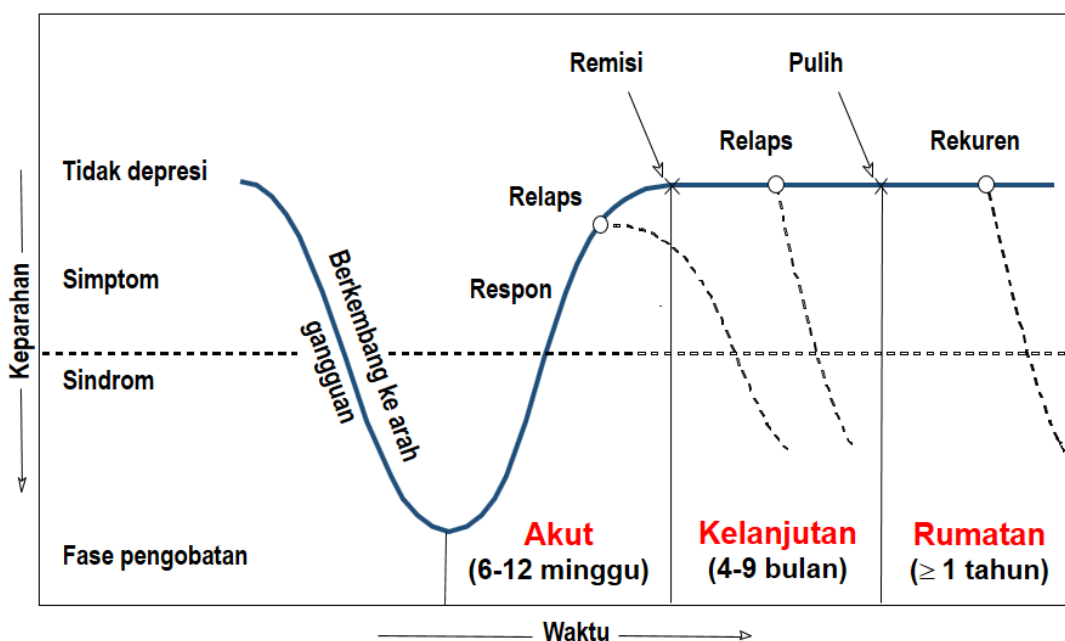
Setelah diagnosis ditegakkan, selanjutnya pasien beserta keluarganya diinformasikan tentang hasil pemeriksaan, diagnosis, dan rencana pengobatan. Setelah pasien menyetujui rencana pengobatan tersebut, maka proses pengobatan baik yang terdiri atas intervensi non farmakologik maupun intervensi farmakologik/farmakoterapi dapat dimulai. Intervensi farmakologik/farmakoterapi sesuai dengan ringkasan manajemen yang telah disampaikan sebelumnya diberikan terutama pada pasien dengan depresi sedang dan berat. Pemberian farmakoterapi juga dapat diindikasikan pada pasien depresi yang tidak menunjukkan respons optimal dengan pendekatan non farmakologik yang diberikan.

Secara garis besar, intervensi farmakologik/farmakoterapi ditujukan untuk:



### Farmakoterapi Depresi

Tiga Fase Pengobatan Depresi (Kupfer, 1991)



Pasien akan melalui perjalanan penyakit mulai dari keadaan tidak depresi, kemudian timbul satu-dua gejala yang berkembang sehingga mencapai sindrom depresi yang lengkap yang memenuhi kriteria episode depresi.

Setelah pengobatan dimulai, setelah beberapa waktu kemungkinan besar kondisi pasien mulai membaik (mungkin perlu melalui proses peningkatan dosis perlahan sehingga mencapai dosis terapeutik yang ditargetkan). Ini disebut berespon. Jika responnya baik, adekuat, pengobatan dilanjutkan, dosis obat antidepresannya tidak boleh diturunkan, apa lagi dihentikan. Targetnya adalah remisi seluruh gejala dan tercapainya kondisi dan keberfungsian seperti sebelum sakit.

Setelah remisi tercapai pengobatan tidak dianjurkan untuk berhenti tetapi **dilanjutkan dengan dosis terakhir** (jangan menurunkan dosis, apa lagi menghentikan pengobatan) ke fase berikutnya yang lamanya antara 4 – 9 bulan sambil dievaluasi apakah kondisi pasien benar-benar stabil dalam masa ini. Sekitar sepertiga sampai setengah jumlah pasien yang berhasil distabilkan pada pengobatan fase akut akan kambuh (relaps) jika pengobatan dihentikan. Jika pengobatan dilanjutkan ke fase kelanjutan (*continuation phase*) maka yang kambuh hanya 10-15% saja. (Hirschfeld, 2001) Setelah fase kelanjutan ini, jika pasien tetap stabil, pengobatan dapat dihentikan bertahap pada sebagian besar pasien.

Sebagian pasien memerlukan pengobatan rumatan, yaitu pasien dengan riwayat tiga atau lebih episode depresi sebelumnya, adanya distimia sebelum episode depresi terjadi, pola musiman, riwayat gangguan afektif dalam keluarga, respons yang tidak baik pada fase kelanjutan, ada komorbiditas ansietas atau masalah penyalahgunaan zat. (Hirschfeld and Schatzberg, 1994)

Jika pasien yang termasuk kelompok tersebut tidak mendapat terapi rumatan, maka sekitar 60% akan rekuren (kambuh) dalam waktu 1 tahun, sedangkan mereka yang mendapatkan pengobatan rumatan kekambuhannya hanya 10 – 30%. (Hirschfeld, 2001)

Fase	Lamanya	Tujuan
Fase akut	8-12 minggu	Menghilangkan gejala atau kembali ke keadaan sebelum sakit
Fase kelanjutan	16-20 minggu setelah fase akut	Mencegah relaps
Fase rumatan	Seperlunya	Mencegah episode berikutnya

Berikut beberapa antidepresan yang tersedia beserta dosis target, dosis maksimum dan jadwal pemberian bagi orang dewasa. Yang tercantum dalam Formularium Nasional untuk PPK1 hanya Fluoksetin dan Amitriptilin.

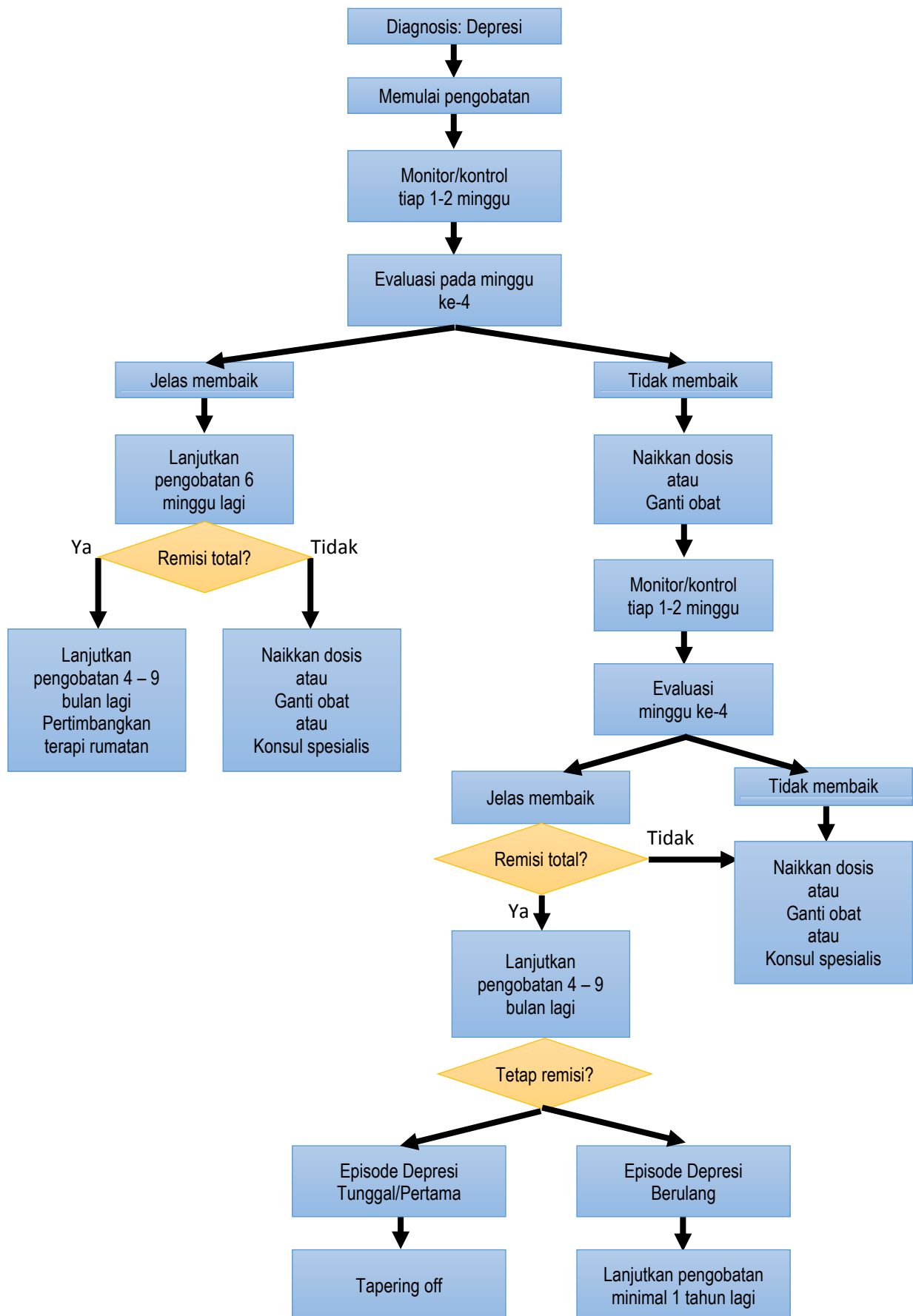
Obat	Dosis target dewasa	Dosis maksimum dewasa	Jadwal dosis dewasa
<b>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors-SSRIs</b>			
Fluoxetin	20 mg	80 mg	Sekali sehari
Paroxetin	20-30 mg	60 mg	Sekali sehari
Sertralin	50-100 mg	200 mg	Sekali sehari
Sitalopram	40-60 mg	60 mg	Sekali sehari
Esitalopram	20-60 mg	60 mg	Sekali sehari
<b>Antidepresan Trisiklik-TCA</b>			
Amitriptilin	75-150 mg	300 mg	Sekali sehari
Imipramin	150 mg	300 mg	Sekali sehari
Klomipramin	100-150 mg	250 mg	Sekali sehari

Obat	Dosis target dewasa	Dosis maksimum dewasa	Jadwal dosis dewasa
Kelompok Lainnya			
Mirtazapin	30 mg	45 mg	Sekali sehari
Venlafaxin	150-225 mg	375 mg	2-3 kali sehari
Venlafaxin XR	75-150 mg	300 mg	1-2 kali sehari
Trazodon	200-300 mg	600 mg	Sekali sehari

Berikut deksripsi lebih detil tentang amitriptilin dan fluoksetin. (World Health Organization, 2016)

	Dosis	Efek Samping	Kontra Indikasi/Hati-Hati
<b>AMITRIPTILIN</b> (antidepresan trisiklik)	<b>Mulai</b> dengan 12,5 - 25 mg sebelum tidur. <b>Tingkatkan</b> 25-50 mg per minggu hingga mencapai 100-150 mg per hari (maksimum 300 mg). Catatan: Dosis efektif minimum orang dewasa adalah 75 mg. Sedasi dapat timbul pada dosis yang lebih rendah. <b>Lansia/berpenyakit medis:</b> Mulai dengan 12,5-25 mg sebelum tidur sampai 50-75 mg per hari (maksimum 100 mg). <b>Anak/Remaja:</b> Jangan digunakan.	<b>Lazim:</b> Sedasi, hipotensi ortostatik ( <b>risiko jatuh</b> ), pandangan kabur, sulit kencing, mual, berat badan bertambah, disfungsi seksual. <b>Serius:</b> perubahan EKG (misalnya QTc memajang), <b>aritmia jantung, meningkatnya risiko kejang.</b>	Hindari pada orang dengan <b>penyakit jantung</b> , riwayat kejang, hipertiroidisme, retensio urin, atau glaukoma sudut tertutup, dan gangguan bipolar (dapat mencetuskan mania pada orang dengan gangguan bipolar yang tidak diobati). <b>Overdosis dapat menimbulkan kejang, aritmia jantung, hipotensi, koma, atau kematian.</b> Kadar amitriptilin dapat meningkat karena obat antimalaria, termasuk kinine.
<b>FLUOXETIN</b> (suatu selective serotonin reuptake inhibitor/ SSRI)	<b>Mulai</b> dengan 10 mg per hari selama satu minggu, kemudian 20 mg per hari. Jika tidak ada respon setelah 6 minggu, naikan jadi 40 mg (maksimum 80 mg). <b>Lansia/Berpenyakit medis:</b> merupakan preferensi. <b>Mulai</b> dengan 10 mg per hari, kemudian naikan jadi 20 mg per hari (maksimum 40 mg). <b>Remaja:</b> <b>Mulai</b> dengan 10 mg per hari, naikan jadi 20 mg per hari jika tidak ada respon dalam waktu 6 minggu (maksimum 40 mg).	<b>Lazim:</b> Sedasi, insomnia, nyeri kepala, pusing, gangguan gastrointestinal, perubahan nafsu makan, dan disfungsi seksual. <b>Serius: abnormalitas perdarahan</b> pada orang yang menggunakan aspirin atau obat antiinflamasi non-steroid, kadar natrium rendah	<b>Hati-hati pada orang dengan riwayat kejang. Interaksi obat:</b> Hindari kombinasi dengan warfarin atau sejenisnya (dapat meningkatkan risiko perdarahan). Dapat meningkatkan kadar antidepresan trisiklik, antipsikotik, dan pemblok beta. Hati-hati pada kombinasi dengan tamoksifen, kodein, dan tramadol (mengurangi efek obat-obat ini).

## Algoritma Farmakoterapi Depresi



- Memulai pengobatan. Jika menggunakan amitriptilin, lakukan peningkatan dosis bertahap.
- Monitor atau kontrol tiap 1 – 2 minggu untuk menilai gejala-gejala dan efek samping. Setelah berjalan 4 minggu maka tiba saatnya untuk mengambil keputusan apakah ada perbaikan signifikan atau tidak dengan konsekuensi masing-masing.
- Harus dibedakan antara peningkatan dosis waktu memulai pengobatan (*tapering-up* untuk mencapai dosis terapeutik) dengan peningkatan dosis setelah pengobatan berjalan 4 minggu (karena perbaikannya tidak signifikan)
- Setelah remisi tercapai, dosis obat **jangan diturunkan** pada fase kelanjutan.

### Farmakoterapi Ansietas

Obat lini pertama untuk ansietas adalah **antidepresan**, terutama golongan SSRI. Obat golongan antiansietas hanya merupakan obat lini kedua atau digunakan untuk tujuan meredakan ansietas dengan cepat pada kasus yang urgen. Biasanya dosis target antidepresan untuk ansietas tidaklah setinggi untuk depresi, hanya kurang-lebih setengahnya. (Barnsley CCG Medicines Management Team, 2013)

Beberapa obat antiansietas dapat dilihat pada tabel di bawah ini. Yang tersedia di layanan primer adalah diazepam. Buspiron merupakan obat antiansietas golongan non-benzodiazepin, sedangkan propranolol yang merupakan golongan pemblok beta hanya digunakan untuk meredakan gejala overaktivitas sistem saraf simpatis (berdebar dan tremor) pada situasi tertentu jika diperlukan.

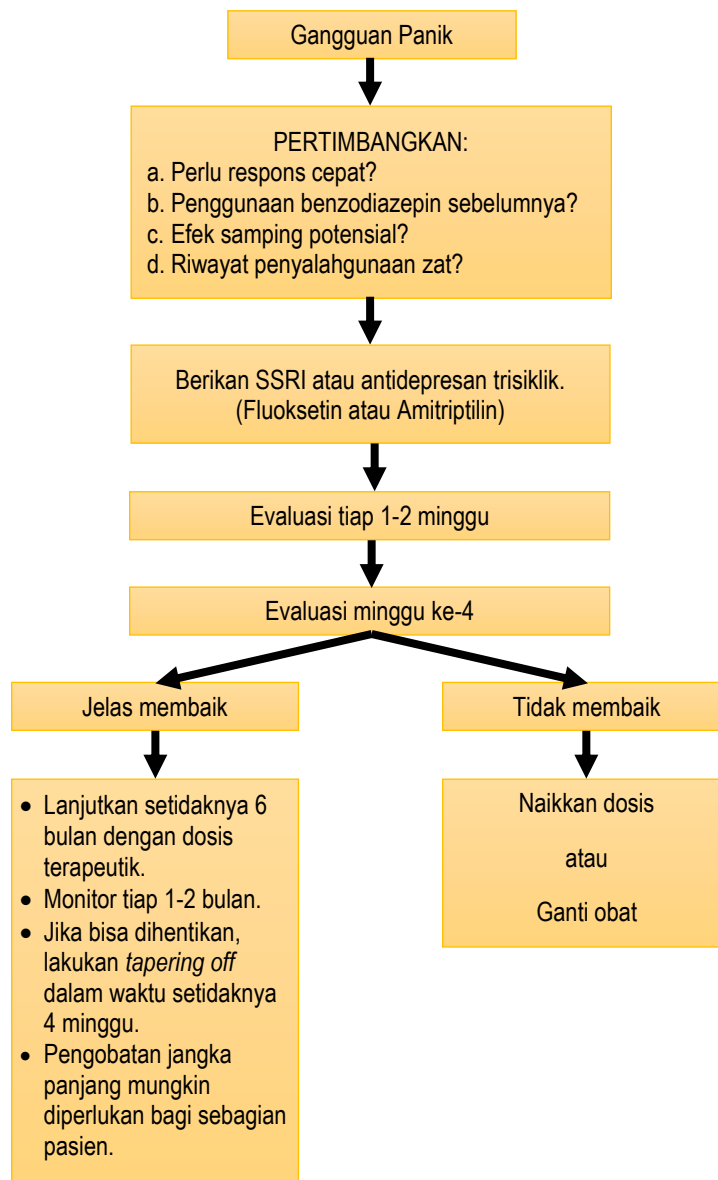
	Dosis Harian (mg) Orang Dewasa	Kadar Puncak Plasma Dosis Oral (jam)	Waktu Paruh (jam)	Dosis Ekuivalen	Protein Binding (%)	Mengantuk	Keterangan
Diazepam	2 - 40	0,5 - 2	20 - 100	5	98	+++	++
Klordiazepoksid	10 - 100	1 - 4	20 - 100	25	96	+++	++
Lorazepam	1 - 10	1 - 3	10 - 20	1	85	+++	+++
Alprazolam	0,5 - 4	1 - 2	10 - 15	0,5	80	++	++
Bromazepam	3 - 60	1 - 3	9 - 20	3	70	++	++
Klobazam	10 - 60	1 - 3	9 - 77	?	85	+	++
Klonazepam	1 - 6	1 - 4	30-40	0,25	85	+	+
Propranolol	20 - 120	1 – 1,5	2 - 4	-	90	+	-
Buspiron	15 - 45	0,5 – 2	2 - 11	-	95	-	-

Untuk gangguan panik, tidak dianjurkan penggunaan benzodiazepin, karena luaran jangka panjangnya lebih buruk. Antihistamin dan antipsikotik juga jangan digunakan.

## Gangguan Panik

Tujuan pengobatan gangguan panik adalah mengurangi keparahan dan frekuensi serangan panik, penghindaran fobik dan anxietas antisipatorik serta memperbaiki fungsi sosial dan okupasional dengan efek samping yang minimal.

Untuk penatalaksanaan jangka panjang gangguan panik digunakan antidepresan. Dua golongan antidepresan yang direkomendasikan adalah SSRI dan trisiklik.



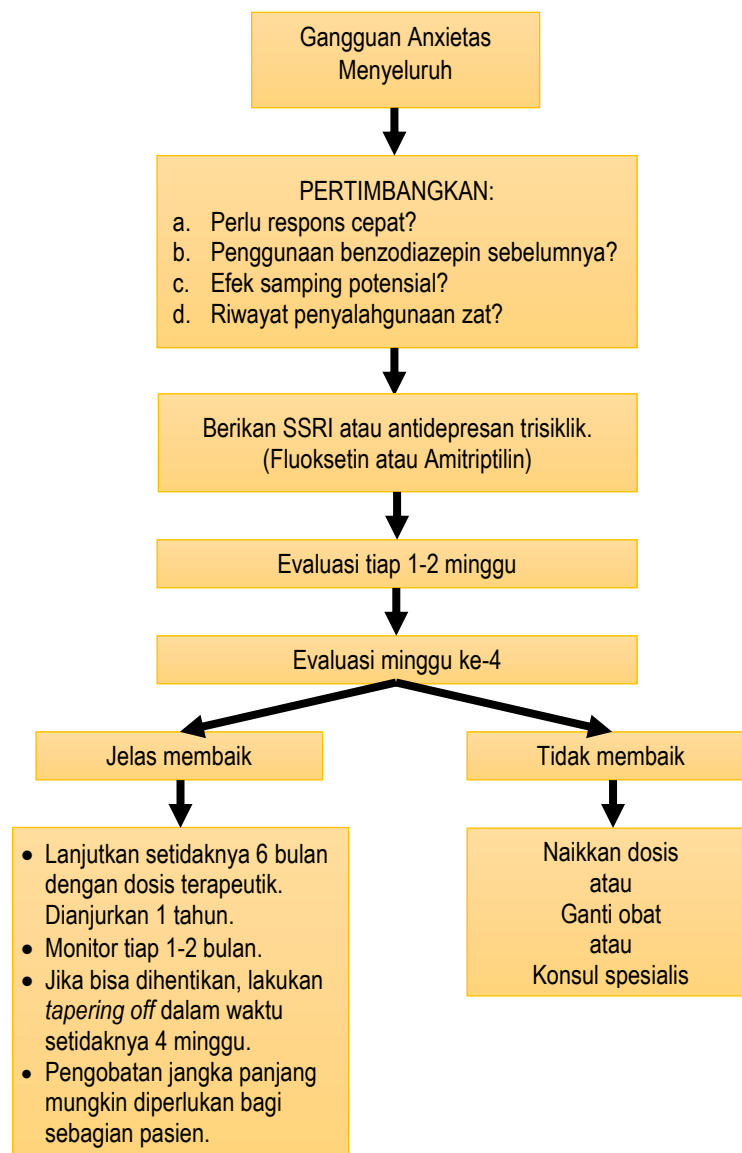
### Gangguan Cemas Menyeluruh (GAM)

Tujuan pengobatan GAM adalah mengurangi gejala sampai ke tingkat yang dapat diterima, mengurangi terganggunya fungsi sehari-hari, tanpa efek samping yang berarti.

Obat lini pertama untuk GAM adalah antidepresan golongan SSRI. Dapat dipergunakan Fluoksetin yang ada di Formularium Nasional PPK1.

Penggunaan benzodiazepin untuk GAM harus sangat hati-hati dan untuk jangka waktu yang singkat, biasanya tidak lebih dari 2 – 4 minggu.

Jangan menggunakan antipsikotik untuk GAM di pelayanan primer.





## Gangguan Somatisasi

Gangguan somatisasi adalah kondisi kronik yang berlangsung seumur hidup, karenanya banyak studi menunjukkan bahwa pasien dengan gangguan somatisasi paling baik ditata laksana oleh dokter di layanan primer daripada spesialis.

Rencana pengobatan yang konservatif yang dapat dilakukan di layanan primer termasuk: (Khouzam and Field, 1999)

1. Membangun hubungan saling percaya relasi pasien-dokter
2. Menjadwalkan pemeriksaan/kontrol teratur tiap 4-6 minggu, meskipun kondisi pasien sedang baik
3. Pada setiap konsultasi lakukan pemeriksaan fisik dan berikan dukungan berempati
4. Hindari evaluasi diagnostik berlebihan atau pengobatan yang agresif, kecuali pemeriksaan fisik menunjukkan bukti baru yang objektif akan adanya penyakit
5. Secara bertahap ubahlah penekanan dari mendengarkan keluhan somatisasi menjadi memeriksa dan mendengarkan stresor psikososial
6. Hindari pernyataan seperti: "Itu semua hanya ada di pikiranmu" atau "Tidak ada yang salah dengan kondisi fisikmu."

Modalitas terapi yang dapat digunakan untuk gangguan somatisasi adalah: (Kurlansik and Maffei, 2016)

Terapi Kognitif Perilaku	Efektif untuk gangguan somatisasi dan gejala-gejala yang tak dapat dijelaskan secara medis. Mampu mengurangi gejala fisik, distress psikologis, dan disabilitas.
Terapi berbasis <i>mindfulness</i>	Dapat efektif mengobati sebagian aspek gangguan somatisasi (keparahan gejala, depresi, dan ansietas)
Farmakoterapi	Amitriptilin dan Fluoksetin menunjukkan manfaat bagi satu atau lebih gejala berikut: kelelahan, gejala fungsional, kekakuan pagi hari, nyeri, gangguan tidur, dan titik nyeri.

## Penghentian Pengobatan

Setelah tiba waktunya, penghentian pengobatan depresi dan ansietas tidak boleh mendadak. Hendaknya dilakukan dengan mengurangi dosis perlahan dalam waktu 4 minggu. Dapat dengan cara mengurangi tiap kali dengan 25% sampai berhenti.

Apabila dalam proses penghentian pengobatan terjadi kekambuhan, maka pengobatan dilanjutkan dengan dosis efektif terakhir.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NOMOR HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional; Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/320/2015 tentang Daftar Obat Esensial Nasional

## 7. PSIKOTERAPI SEDERHANA

Salah satu faktor penyebab terjadinya depresi dan anxietas adalah faktor psikologis. Faktor psikologis tersebut di antaranya adalah kepribadian tertutup, pola pikir negatif terhadap diri sendiri, harga diri rendah, stres, lingkungan keluarga seperti pola asuh otoriter dan pengabaian, serta penyakit jangka panjang. (Lubis, 2009) Atas dasar inilah psikoterapi perlu diberikan pada pasien depresi dan anxietas.

Psikoterapi atau terapi psikologis disebut juga sebagai "*Talking Therapy*" atau terapi yang diberikan dengan cara berdiskusi antara terapis dan pasien. Terapi ini diberikan pada pasien yang mengalami anxietas dan depresi berat. Psikoterapi tidak selalu menargetkan untuk menyelesaikan masalah seseorang tapi, psikoterapi juga dimaksudkan untuk membantu pasien memikirkan atau menyadari gejala yang ada pada dirinya, berpikir tentang hidupnya, dan mengajarkan mereka cara untuk mengontrol dan menyelesaikan masalahnya sendiri. (Haddad et al., 2011) Psikoterapi yang umum digunakan di antaranya adalah latihan berpikir positif dan *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT).

### 1. Latihan Berpikir Positif

Berpikir positif adalah suatu cara berpikir, sikap mental, dan emosi yang berfokus pada pikiran positif serta menekan pikiran yang negatif terhadap diri sendiri, orang lain, maupun situasi yang dihadapi. Tujuan latihan berpikir positif antara lain adalah membuat individu mampu bertahan dalam situasi yang rawan distress, meningkatkan kemampuan dalam menyelesaikan masalah, dan untuk memberikan sugesti positif saat menghadapi kegagalan serta membangkitkan motivasi.

Seligman (2006) menjelaskan bahwa orang yang berpikir positif cenderung menafsirkan permasalahan mereka sebagai hal yang sementara, terkendali, dan hanya khusus untuk satu situasi, orang yang berpikir negatif sebaliknya yakin bahwa permasalahan mereka berlangsung selamanya, menghancurkan segala yang mereka lakukan dan tidak terkendali. Seligman mengenalkan model teori A-B-C-D-E yang intinya adalah merekonstruksi pikiran agar lebih positif sehingga individu dapat lebih baik dalam menanggapi setiap permasalahan yang dihadapi. (Seligman, 2006)

Maksud dari model A-B-C-D-E adalah :

- A** sadari adanya pikiran negatif - peristiwa yang bersifat negatif, seperti rencana gagal, permusuhan dengan teman, kematian seseorang yang dicintai (kuesioner menganalisis pikiran negatif dan positif).
- B** sadari keyakinan dan interpretasi tentang suatu peristiwa yang menyebabkan akibat - ubah sudut pandang terhadap masalah
- C** sadari perasaan dan perilaku yang mengikuti peristiwa (A). Yakinkan diri bahwa pikiran positif akan membawa tindakan dan hasil yang positif
- D** Kembangkan pikiran positif dengan cara distraksi dan disputasi. Distraksi adalah mengalihkan pikiran tentang sesuatu hal pada hal lain, sedangkan disputasi adalah berargumentasi dengan diri sendiri
- E** sadari emosi dan perilaku dari argumen yang dibuat (D). Evaluasi perasaan dan tindakan setelah membuat argumen yang positif.

Sebelum melakukan psikoterapi pada klien, kuesioner *Positive or Negative Thinking* bisa digunakan untuk mengukur apakah klien cenderung berpikir negatif atau positif. (Mindtools, n.d.)

### Instrumen *Positive and Negative Thinking*

NO	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Jarang	Kadang - kadang	Sering	Sangat Sering
1	Ketika atasan saya atau pelanggan meminta untuk berbicara dengan saya, saya secara naluriah menganggap bahwa dia ingin mendiskusikan masalah atau memberi saya umpan balik negatif.	5	4	3	2	1
2	Ketika saya mengalami kesulitan di tempat kerja/rumah, saya juga merasa negatif tentang hal-hal lain dari kehidupan saya.	5	4	3	2	1
3	Ketika saya mengalami masalah, saya cenderung percaya rintangan akan bertahan untuk jangka panjang, misalnya "Dana tersebut tidak jadi cair, jadi saya rasa mereka membenci proyekku. Semua pekerjaan ini sia-sia"	5	4	3	2	1
4	Ketika tim saya berfungsi buruk, saya percaya bahwa hal ini tidak berangsur lama dan memiliki solusi sederhana. Misalnya, "Kami tidak bekerja dengan baik pada saat ini, tetapi jika kita dapat memperbaiki masalah ini, maka kita akan melakukan jauh lebih baik!"	1	2	3	4	5
5	Ketika saya tidak dipilih untuk tugas yang saya inginkan, saya cenderung percaya bahwa saya tidak memiliki keterampilan khusus yang mereka cari sekarang, karena mereka pikir saya tidak terampil.	1	2	3	4	5
6	Ketika terjadi sesuatu yang saya tidak suka atau hargai, saya cenderung menyimpulkan bahwa penyebabnya adalah banyak hal dan akan terus mengganggu saya. Misalnya, "Asisten saya tidak mengirim email pada saya namun langsung mengirimnya pada bos saya. Asisten Administrasi membuktikan bahwa mereka jauh lebih cerdas daripada <i>supervisor</i> mereka".	5	4	3	2	1
7	Ketika saya tampil sangat baik pada sebuah tugas, saya percaya bahwa itu karena saya berbakat dan cerdas, sebagai lawan berpikir. Saya memang baik dalam satu daerah yang sangat spesifik.	1	2	3	4	5

### Interpretasi Hasil :

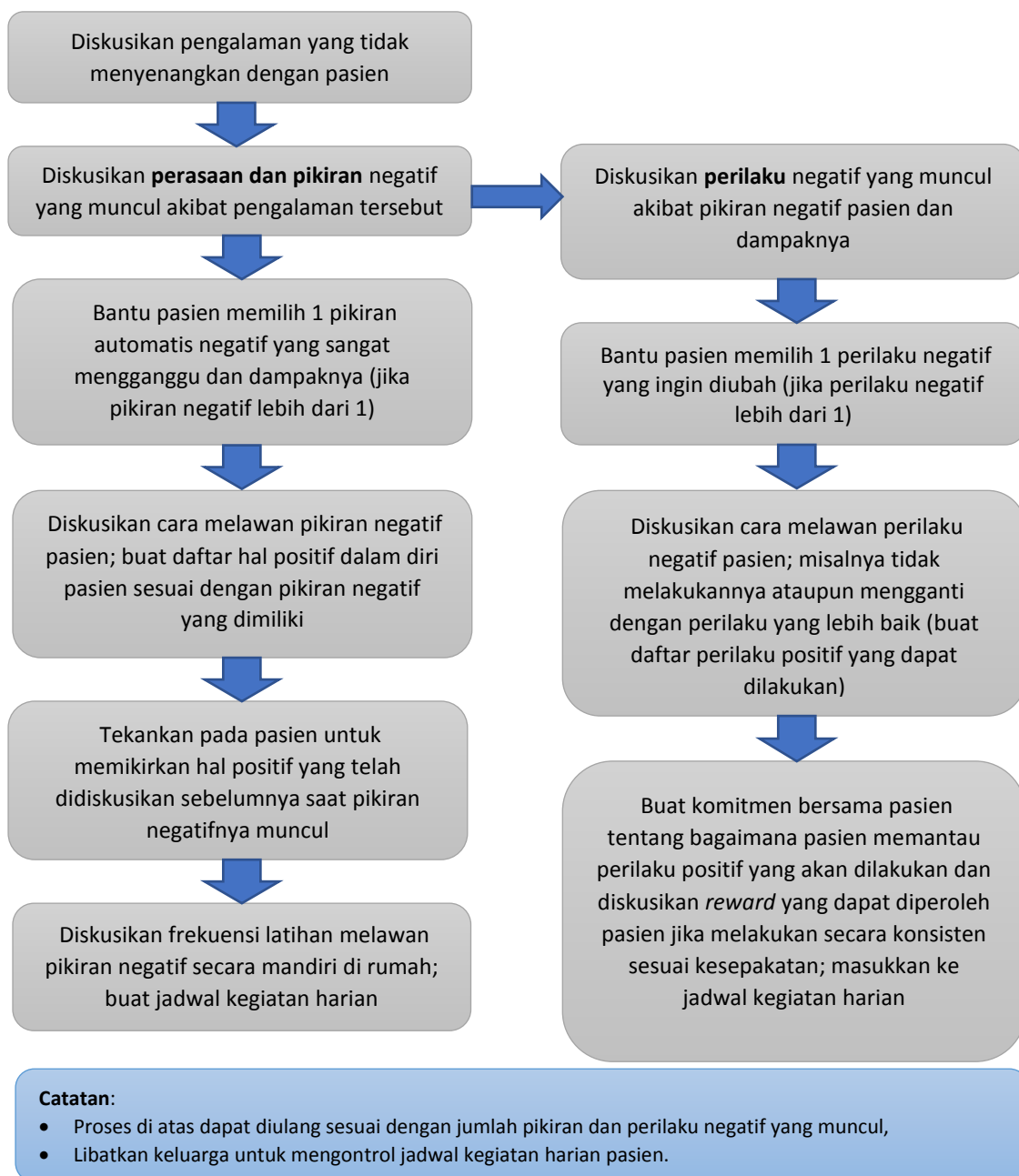
14 – 31	Anda selalu merasa seperti ada “mendung” yang menggantung di atas kepala sepanjang hari. Anda terbiasa melihat hal-hal yang terjadi adalah kesalahan Anda dan Anda telah belajar untuk melepaskan kontrol Anda dalam banyak situasi. Mengerjakan kuis ini adalah langkah pertama dalam mengubah rasa pesimis Anda.
32-50	Anda mencoba untuk bersikap optimis dan positif namun beberapa situasi sudah lebih baik. Identifikasi pemicu untuk berpikir negatif dan gunakan latihan berpikir rasional untuk lebih optimis lagi.
51-70	Anda memiliki pandangan positif dan optimis terhadap kehidupan. Anda dapat melihat bahwa kegagalan tidak akan merusak sisa hidup Anda.

## 2. Cognitive Behavioural Therapy (CBT)

CBT merupakan psikoterapi jangka pendek yang bertujuan untuk mengubah pola berpikir seseorang, dan perilaku negatif yang muncul dari pikiran negatif untuk menciptakan pikiran dan perilaku yang lebih positif dalam mencapai tujuan. (Haddad et al., 2011)

*Cognitive Behavioural Therapy* diberikan pada pasien yang memiliki pikiran negatif (distorsi kognitif) berasal dari pengalaman tidak menyenangkan sebelumnya yang kemudian menimbulkan perilaku negatif, misalnya seseorang yang mengalami penyakit kronis seperti gagal ginjal berpikir bahwa dirinya tidak berguna lagi dan tidak akan mampu melakukan apa-apa lagi. Pikiran ini membuat pasien tidak ingin keluar kamar, tidak mau berinteraksi dan tidak ingin melakukan apa-apa.

Proses untuk melakukan CBT dapat dilihat pada bagan di bawah:



Lembar Kerja CBT

Daftar pengalaman yang tidak menyenangkan	Perasaan yang muncul	Pikiran negatif yang muncul	Perilaku Negatif yang muncul
(1)	(2)	(3)	(5)
		Dampak dari pikiran negatif	Dampak dari perilaku negatif
		(4)	(6)
		Cara melawan pikiran negatif (Daftar hal positif)	Cara melawan perilaku negatif (Perilaku positif yang akan dilakukan
		(7)	(8)

### **Petunjuk pengisian lembar kerja**

1. Pada kolom pertama (1) diisi dengan daftar pengalaman/peristiwa/kejadian tidak menyenangkan yang dialami oleh klien
2. Kolom ke dua (2) adalah perasaan klien yang muncul akibat dari pengalaman yang tidak menyenangkan misalnya dengan cara menanyakan “Dengan kejadian yang anda alami, apa yang anda rasakan?”
3. Pada kolom ke tiga (3) tenaga kesehatan mengisi pikiran yang muncul akibat dari pengalaman yang tidak menyenangkan misalnya dengan menanyakan “Dengan kejadian yang anda alami, lalu apa yang anda pikirkan? atau apa yang muncul di pikiran anda?”
4. Kolom ke empat (4) diisi dengan daftar dampak yang dirasakan atau orang di sekitar dengan pikirannya, misalnya memiliki pengalaman tidak menyenangkan sering diejek oleh temannya, pasien kemudian berpikir bahwa dirinya memang jelek. Dampaknya, pasien tidak mau keluar rumah, mengurung diri, dan tidak mau bergaul dengan orang lain.
5. Kolom ke lima (5) diisi dengan daftar perilaku pasien terhadap pikiran yang muncul. Misalnya, pengalaman tidak menyenangkan adalah dimarahi oleh orang tua, pasien kemudian berpikir bahwa orang tuanya tidak pernah menyayangnya, dan selalu membedakannya dengan saudaranya. Perilaku yang muncul kemudian adalah selalu marah-marah, memukul ibu dan saudaranya, dan merusak barang.
6. Kolom ke enam (6) adalah kolom daftar dampak dari perilaku negatif klien, misalnya dengan perilaku negatif yang sering marah, merusak barang, dan memukul, akibatnya hubungan sosial terganggu, orang-orang di sekitar pasien menjauhi, termasuk keluarga.
7. Kolom selanjutnya yang diisi adalah kolom cara melawan pikiran negatif yaitu dengan mengisi daftar hal positif klien yang dapat digunakan untuk melawan pikiran negatifnya (kolom 7). Misalnya pasien yang memiliki pikiran negatif “orang tua saya memang tidak pernah menyayangi saya” maka daftar positif yang bisa digali misalnya “selama ini orang tua saya membesarkan saya, orang tua saya mendampingi saya ketika saya sakit, dll”.
8. Jika pikiran negatif sudah teratasi atau bisa dikontrol, maka hal selanjutnya yang diintervensi adalah perilaku negatif. Kolom cara melawan perilaku negatif (kolom 8) diisi dengan perilaku positif yang ingin dibudayakan menggantikan perilaku negatifnya. Misalnya perilaku negatif pasien yang sering memukul maka pasien dapat berkomitmen untuk mengganti dengan misalnya “melakukan relaksasi seperti tarik napas dalam”

## 8. TEKNIK RELAKSASI

Anxietas dan depresi menyebabkan perubahan-perubahan secara fisiologis pada tubuh yang kemudian direspons oleh perilaku. Anxietas sering kali menimbulkan perasaan tidak nyaman sehingga seseorang yang mengalaminya akan berusaha untuk menghindari ataupun mengganti dengan perasaan yang bisa ditoleransi. (Stuart et al., 2016) Relaksasi merupakan cara yang dapat membantu seseorang untuk mengatasi anxietas dan depresi. Prinsip dari teknik ini adalah membantu memfokuskan pikiran, meningkatkan kesadaran terhadap respons tubuh, serta menghubungkan antara tubuh dan pikiran. (Ehrlich, 2015)

Sebelum melakukan teknik relaksasi pada pasien, beberapa hal yang perlu diperhatikan adalah menjelaskan tujuan teknik relaksasi, memastikan status kesehatan pasien untuk mengetahui adanya kontraindikasi untuk dilakukan teknik relaksasi misalnya hindari memberikan latihan otot progresif pada pasien yang memiliki tekanan darah tinggi atau gangguan kardiovaskuler, dan pasien yang menderita osteoarthritis. Pemilihan tempat yang nyaman dan tidak bising juga dibutuhkan untuk melakukan relaksasi, dan jika memungkinkan putar musik yang menenangkan atau musik instrumental. Posisi tubuh saat latihan harus dalam keadaan yang nyaman, bisa dilakukan dalam posisi duduk ataupun berbaring. Jika dalam keadaan duduk di kursi, sebaiknya dengan posisi tulang belakang ditegakkan namun, hal paling penting adalah memberikan posisi ternyaman menurut pasien. (Nettina, 2014) Teknik relaksasi yang sering digunakan adalah teknik napas dalam, imajinasi terbimbing (hipnotis 5 jari), dan relaksasi otot progresif.

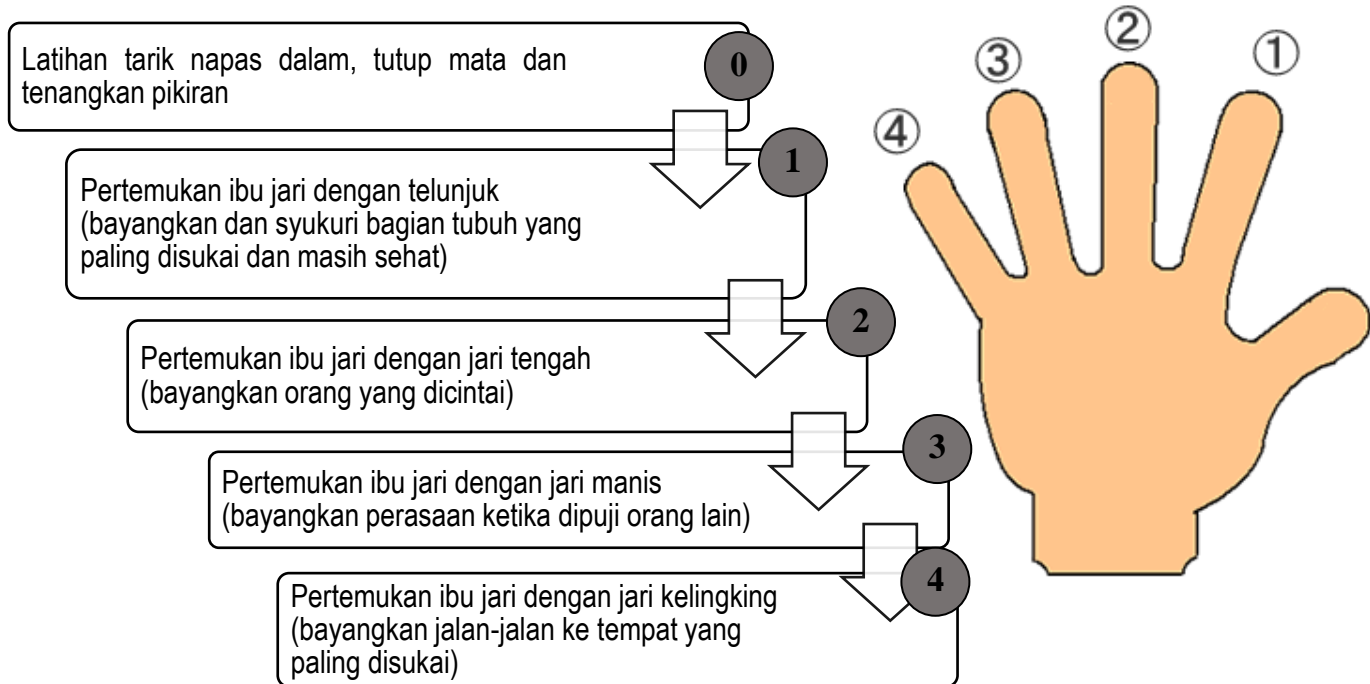
### 1. Teknik Napas Lambat (Nettina, 2014; Soewondo et al., 2016)

#### Teknik Napas Lambat

1. Posisikan tubuh secara nyaman baik duduk maupun berbaring, longgarkan pakaian di sekitar leher dan ikat pinggang, letakkan tangan di atas perut
2. Konsentrasi. Teknik ini memerlukan keyakinan untuk memusatkan perhatian hanya pada pernapasan. Jika Anda sadar bahwa pikiran Anda penuh dengan pikiran lain, bayangkan pikiran itu akan berlalu saat Anda membuang napas, dan akhirnya bisa kembali berfokus pada pernapasan Anda
3. Tarik napas dari hidung dengan hitungan 1, 2, 3, 4 secara perlahan. Rasakan sampai udara memenuhi dada tapi tidak terlalu dalam
4. Tahan napas selama 2 hitungan dengan tetap relaks – bila ada perasaan yang tidak nyaman, bagian ini dapat Anda lewatkan
5. Hembuskan napas perlahan melalui hidung dan mengerucutkan bibir dengan hitungan 1 sampai 6
6. Ulangi sebanyak 8 sampai 10 kali sampai Anda merasa relaks dengan jeda di antaranya selama 10 detik



## 2. Imajinasi Terbimbing (Keliat et al., 2011)



### 3. Relaksasi Otot Progresif (Haddad et al., 2011; Nettina, 2014)



1. Pejamkan mata sekuat-kuatnya sampai merasakan bagian tersebut tegang dan lemaskan perlahan



2. Menggembungkan pipi sampai terasa tegang dan lemaskan



3. Monyongkan bibir ke depan sekeras-kerasnya seperti gerakan mecucu hingga terasa tegang dan lemaskan



4. Menyengir, letakkan lidah pada langit-langit kemudian tarik ke belakang sampai tegang dan lemaskan



5. Dekatkan dagu ke dada sampai tegang kemudian kembalikan kepala tegak secara perlahan



6. Angkat kedua bahu ke arah telinga setinggi mungkin sampai tegang lalu lemaskan



7. Kepalkan jari tangan, tarik ke arah dada sampai tegang dan lemaskan



8. Dorong tangan ke arah depan seperti sedang mendorong pintu sampai tegang dan lemaskan



9. Busungkan dada sampai terasa tegang pada otot punggung dan lemaskan



10. Kempiskan perut sampai terasa tegang pada otot perut dan lemaskan



11. Tarik otot bokong ke arah dalam seperti sedang menjepit kertas di antara kedua paha sampai tegang lalu lemaskan



12. Tarik bagian telapak kaki ke arah dalam sekuat-kuatnya, luruskan perlahan



13. Dorong bagian punggung kaki keluar sekuat-kuatnya, dan lemaskan perlahan

Halaman ini sengaja dikosongkan

## 9. MANAJEMEN RISIKO DAN RUJUKAN

### Menilai risiko bunuh diri dan mencederai diri

Anxietas sebenarnya tidak meningkatkan risiko bunuh diri. Kondisi yang meningkatkan risiko bunuh diri adalah adanya gangguan kepribadian, gangguan afektif dan gangguan penyalahgunaan zat yang ada bersamaan. Anxietas hanya meningkatkan risiko bunuh diri apabila terkait dengan gangguan lainnya. (Beautrais et al., 1996, 1998; Friedman et al., 1992; Hornig and McNally, 1995).

Kondisi yang justru sering dikaitkan dengan anxietas adalah risiko **mencederai diri**. Risiko mencederai diri adalah tindakan melukai diri tanpa adanya niat untuk mati, misalnya mengiris atau membakar. Cara tersebut dipandang sebagai cara yang dapat mengurangi ketegangan dan mengurangi nyeri emosional sesaat.

Mencederai diri berbeda dengan **mutilasi diri**, yang merupakan tindakan sengaja untuk mengubah penampilan seseorang, misalnya amputasi. Mutilasi diri lebih jarang dan sering didasari oleh kondisi psikotik sehingga memerlukan intervensi psikiatrik yang segera (*urgent*).

Jika pasien sangat berpotensi atau telah berulang kali mencederai diri sendiri, sangat penting untuk mendapatkan pertolongan dari spesialis setempat bila tersedia

Penilaian risiko bunuh diri dan mencederai diri harus juga dilakukan pada pasien dengan anxietas, bukan hanya pada pasien dengan depresi.

### Mengevaluasi kemungkinan kondisi atau gangguan jiwa lain

Pada pemeriksaan awal kasus anxietas, petugas kesehatan layanan primer harus waspada terhadap gangguan lain yang mempunyai gejala yang mirip dengan gangguan anxietas, khususnya harus diteliti kemungkinan adanya depresi, penyalahgunaan zat, atau tahap awal psikosis.

#### Anxietas dan Penyalahgunaan Zat

Kita mencurigai adanya penyalahgunaan zat pada gangguan anxietas manakala menjumpai:

- Penggunaan yang tinggi alkohol dan ganja
- Pola penyalahgunaan zat untuk mengatasi kecemasan
- Riwayat penyalahgunaan benzodiazepin atau barbiturat
- Riwayat keluarga masalah alkohol atau obat-obatan
- Tidak patuh pada pengobatan anxietas
- Hasil pengobatan yang buruk

Diperkirakan sekitar 40% orang dengan anxietas juga memenuhi kriteria untuk gangguan depresif. Gangguan komorbid dapat menimbulkan angka pemulihan yang rendah, hasil pengobatan yang kurang baik, dan hendaya psikososial yang lebih besar.

	Gejala yang lebih lazim pada gangguan <b>anxietas</b>	Gejala yang lebih lazim pada <b>depresi</b>	Gejala yang lazim pada <b>anxietas dan depresi</b>
<b>FISIK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulit jatuh tertidur</li> <li>• Gemetar atau berdebar</li> <li>• Berkeringat</li> <li>• Rasa panas atau dingin yang menjalar di badan/wajah</li> <li>• Pusing, seperti mau pingsan</li> <li>• Ketegangan otot</li> <li>• Mual</li> <li>• Napas pendek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terbangun dini hari atau tidur berlebihan</li> <li>• Variasi diurnal</li> <li>• Nyeri kronik yang mengganggu</li> <li>• Agitasi atau perilaku melambat</li> <li>• Libido berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan tidur</li> <li>• Perubahan nafsu makan</li> <li>• Keluhan fisik non-spesifik</li> <li>• Kelelahan</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Nyeri kepala</li> <li>• Mulut kering</li> </ul>
<b>PERASAAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depersonalisasi</li> <li>• Derealisasi</li> <li>• Tak berdaya</li> <li>• Tertekan</li> <li>• Kawatir, waspada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedih, merana</li> <li>• Bersalah, putus asa</li> <li>• Tidak ada motivasi</li> <li>• Tidak ada kegembiraan, datar</li> <li>• Kehilangan minat, apatis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iritabilitas, mudah marah</li> <li>• Merasa terancam, cemas</li> <li>• Merasa tergantung</li> <li>• Kehilangan rasa menikmati</li> <li>• Mudah menangis</li> </ul>
<b>PIKIRAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menanti hal terburuk</li> <li>• Pikiran katastrofik/pikiran buruk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembicaraan, proses pikir dan respon yang lambat</li> <li>• Pikiran bunuh diri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulit berkonsentrasi</li> <li>• Kekawatiran berlebihan</li> <li>• Sulit mengambil keputusan</li> </ul>
<b>PERILAKU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menghindari situasi yang ditakuti</li> <li>• Mudah tertegun/terkejut</li> <li>• Ritual/kebiasaan untuk mengurangi anxietas</li> <li>• Hiperventilasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilitas berkurang</li> <li>• Ekspresi murung</li> <li>• Perilaku terbatas Karena apati atau kehilangan energi</li> <li>• Sosialisasi berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitas harian menurun</li> <li>• Tidak puas akan hidupnya</li> <li>• Derealisasi (merasa tidak nyata)</li> <li>• Depersonalisasi (merasa terpisah dari dirinya)</li> </ul>

### Depresi

Sama dengan anxietas, pada pemeriksaan harus diwaspadai kemungkinan adanya kondisi atau penyakit lain yang dapat menimbulkan depresi. Khususnya perlu diperiksa adanya penyalahgunaan zat dan anxietas.

Sekitar 40% orang dengan depresi juga mengalami gangguan anxietas, seperti gangguan anxietas menyeluruh atau gangguan panik. Pasien depresi dengan gejala atau komorbiditas anxietas biasanya memerlukan titrasi yang lebih lambat untuk antidepresannya. (TUFTS Health Plan, 2005)

Obat yang dapat menimbulkan gejala depresi		Kondisi medis yang dapat menimbulkan depresi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agonis pelepasan gonadotropin</li> <li>• Baklofen</li> <li>• Barbiturat</li> <li>• Benzodiazepin</li> <li>• Digoksin</li> <li>• Interferon</li> <li>• Klonidin</li> <li>• Kontraseptif oral</li> <li>• Levodopa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metildopa</li> <li>• Metoklopramid</li> <li>• Opiat</li> <li>• Propranolol</li> <li>• Ranitidine</li> <li>• Reserpin</li> <li>• Sikloserin</li> <li>• Simetidin</li> <li>• Steroid</li> <li>• Verapamil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demensia</li> <li>• Intoksikasi zat</li> <li>• Keganasan</li> <li>• Lepas zat</li> <li>• Nyeri kronik</li> <li>• Penyakit endokrin (misalnya hiper dan hipotiroid)</li> <li>• Penyakit metabolik (misalnya anemia, malnutrisi, gangguan elektrolit)</li> </ul>

**Rujukan pasien depresi dan anxiety**

Pada umumnya rujukan perlu dipertimbangkan untuk kasus yang melampaui kemampuan atau kompetensi dokter yang menangani atau di luar cakupan pedoman ini atau mana kala pasien atau klinisi menginginkan opini kedua.

Rujukan pasien depresi hendaknya dipikirkan untuk: (TUFTS Health Plan, 2005)

1. Kegagalan berespons yang adekuat setelah dua kali percobaan dengan obat lini pertama
2. Risiko bunuh diri tinggi
3. Kasus psikosis atau gangguan bipolar
4. Memerlukan psikoterapi atau terapi elektrokonvulsi
5. Mempunyai masalah psikososial yang kronis.

Rujukan bagi pasien anxiety perlu dipertimbangkan apabila: (Bandelow et al., 2012)

1. Tidak ada respons setelah dua kali percobaan dengan obat lini pertama
2. Ada komplikasi penyalahgunaan alkohol atau zat
3. Fungsi sosial dan pekerjaannya sangat terganggu
4. Terjadi depresi sekunder
5. Risiko bunuh diri tinggi

## 10. PENGEMBANGAN DUKUNGAN SOSIAL

**Dukungan Sosial** adalah persepsi dan kenyataan bahwa seseorang mendapat perawatan dan bantuan dari orang lain, dan bahwa dirinya adalah bagian dari jejaring sosial yang suportif

Dalam kondisi kurang baik, semua orang membutuhkan dukungan dari orang-orang terdekat yang ada di sekitarnya. Identifikasi dukungan dan aktivitas sebelumnya sangatlah penting untuk membantu mengaktifkan atau mengembalikan koneksi seperti sebelumnya. Namun bila dukungan dan aktivitas tersebut baru dimulai untuk pertama kalinya, maka peran tenaga kesehatan dan sosial sangatlah penting. Untuk keduanya, fokuskan bantuan kita pada potensi dan kekuatan yang dimiliki. Pada kasus dengan risiko melukai diri, dukungan sosial menjadi faktor pelindung yang besar peranannya (World Health Organization, 2016)

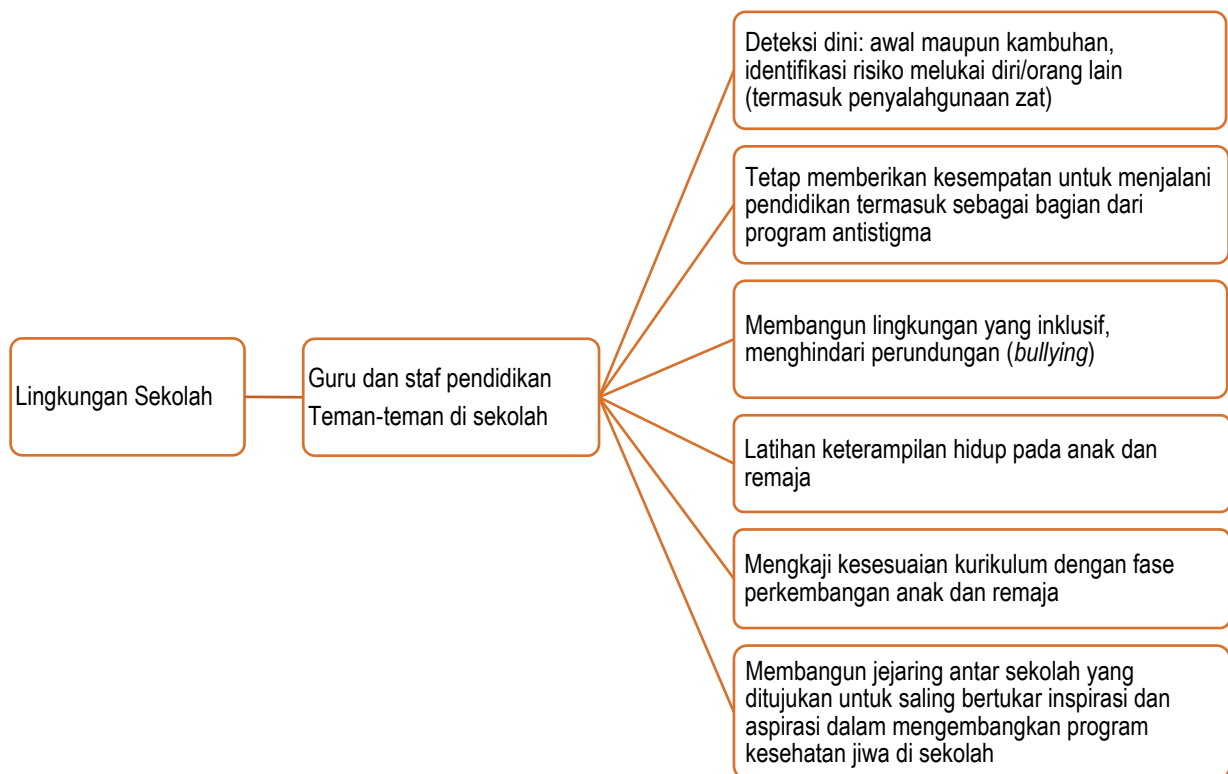
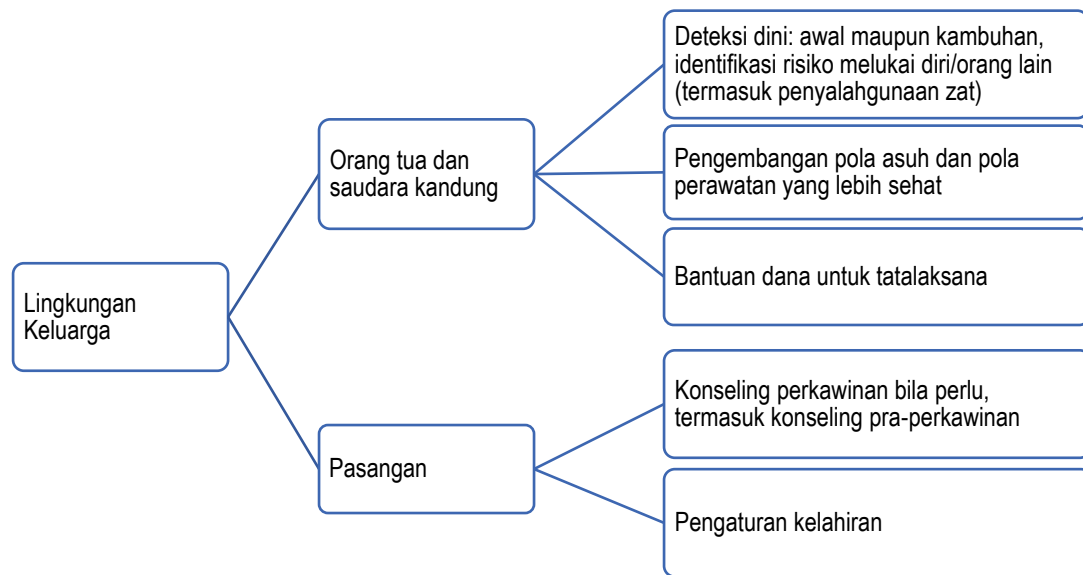
Ada empat jenis dukungan sosial yang definisi dan contoh penerapannya dapat dilihat di tabel berikut:

Jenis Dukungan Sosial	Definisi	Penerapan
Emosional	Ekspresi empati, cinta, kepercayaan, dan rawatan	Teman dekat dan keluarga memberikan pengharapan dan menyediakan diri sebagai pendengar
Instrumental	Pertolongan dan layanan nyata	Seorang suami memutuskan untuk ijin dari tempat bekerjanya 2 kali seminggu untuk bias mengasuh anak-anak sementara istrinya menjalani kemoterapi.
Informasional	Nasihat, saran, dan informasi	Dokter menceritakan fakta tentang kanker payudara dan petunjuk dalam menjalani pengobatan. Seorang tetangga menceritakan pengalamannya menjalani kemoterapi 3 tahun sebelumnya.
Penilaian	Informasi yang berguna untuk evaluasi diri	Seorang sahabat dekat mengingatkan tentang hal-hal yang dipunyai si ibu yang menjadi modal untuk “memerangi” kanker payudaranya (untuk membantu si ibu melakukan penilaian atas situasi yang dihadapi)

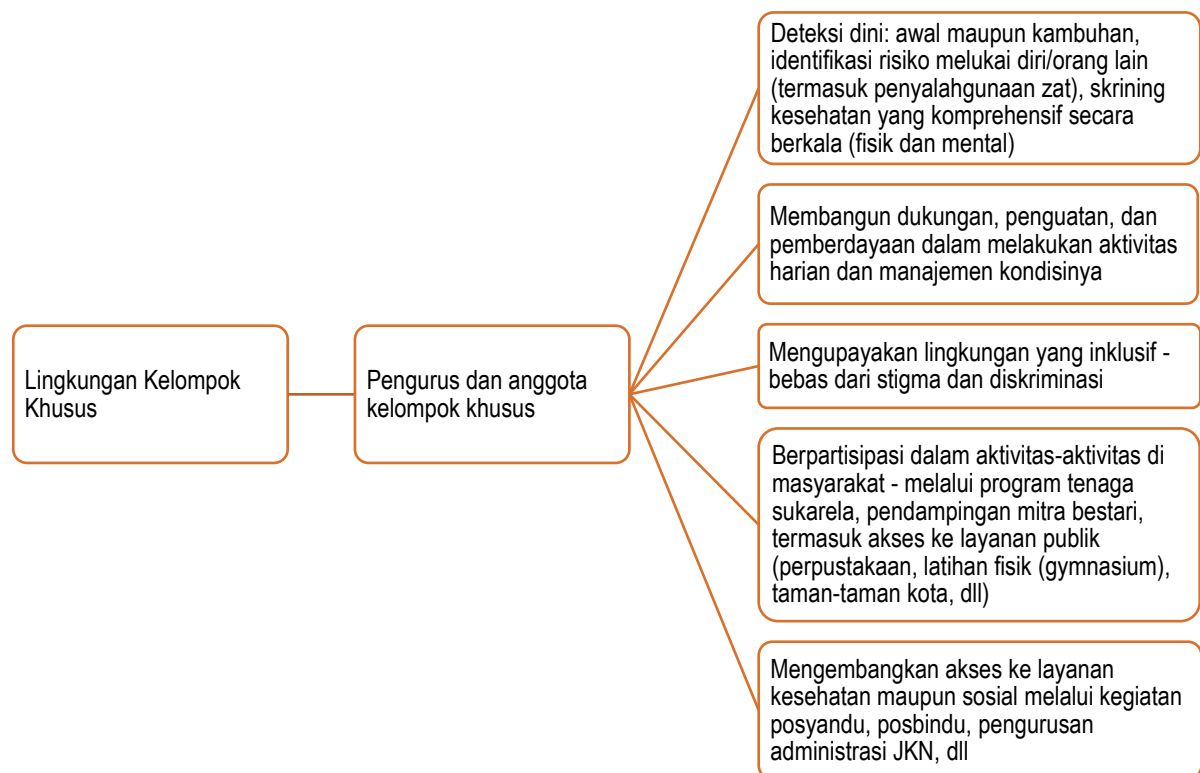
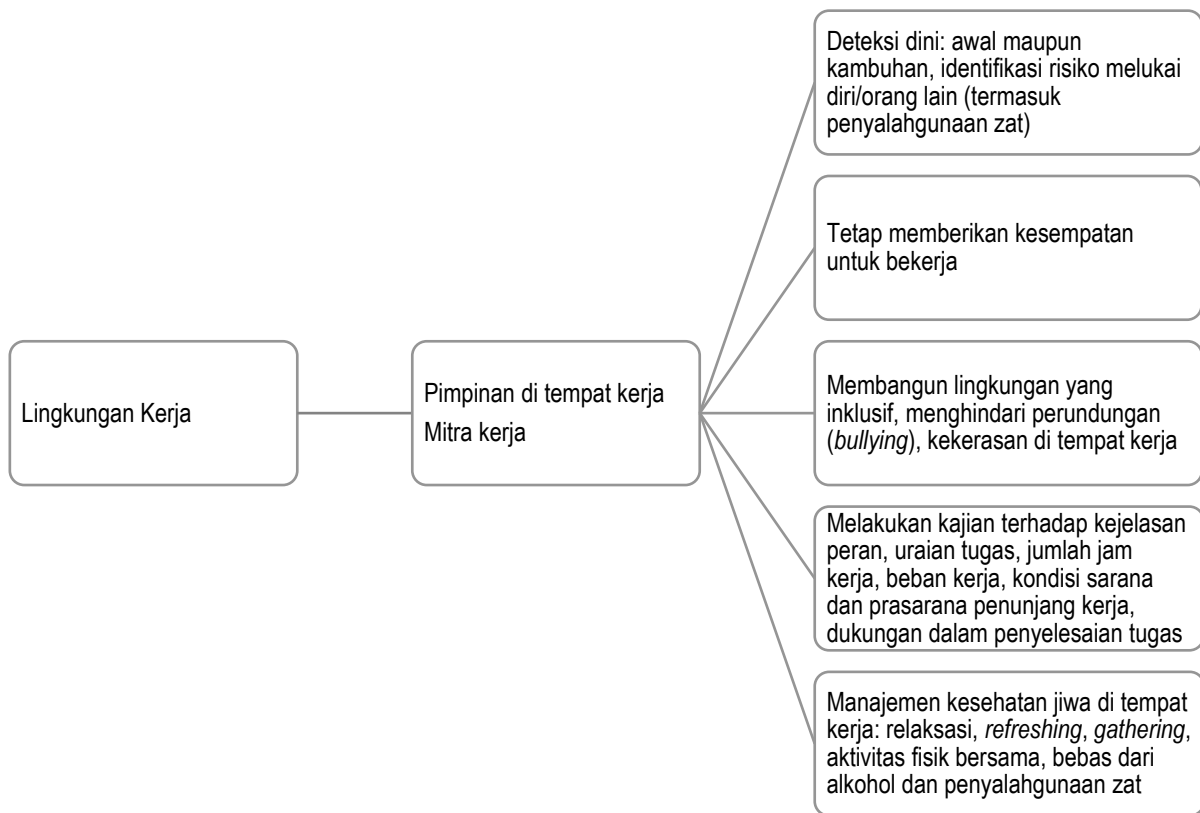
Dukungan sosial dapat dikembangkan dalam lingkup-lingkup berikut ini: (Jané-Llopis and Anderson, 2005; Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Dependence WHO, 2002; Min et al., 2013)

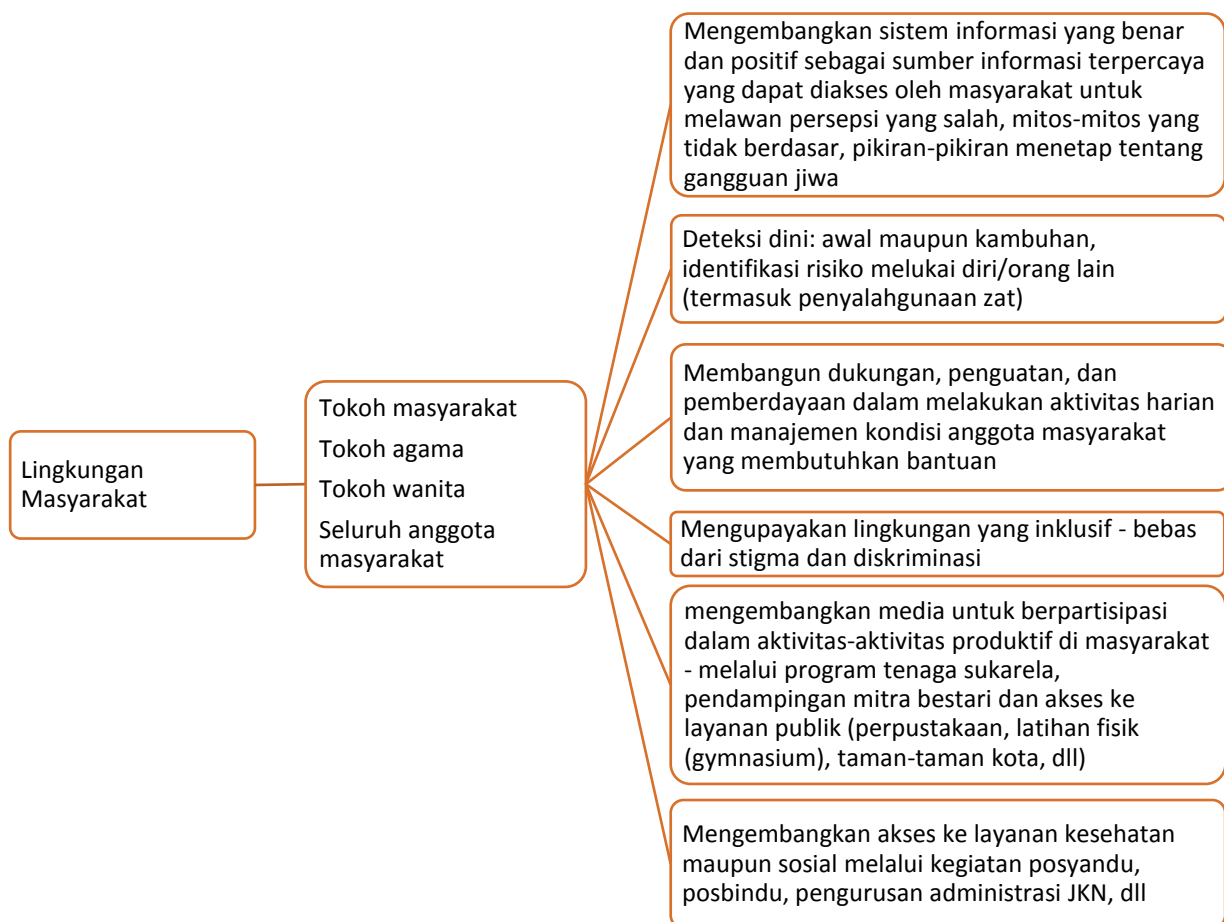
- a. Lingkungan keluarga – orang tua, saudara kandung, pasangan
- b. Lingkungan sekolah
- c. Lingkungan kerja
- d. Lingkungan terkait kelompok khusus: kumpulan lansia, kelompok diabetes, penyakit jantung, kanker, HIV/AIDS, kelompok-kelompok bantu diri kesehatan jiwa, organisasi konsumen dan keluarganya, dan lain-lain
- e. Lingkungan sekitar rumah – masyarakat

Teknik-teknik yang dapat dilakukan untuk mengembangkan dukungan sosial pada gangguan anxiety dan depresi di antaranya:









Akses kelompok konsumen dan keluarga untuk masalah gangguan anxiety dan depresi belum terlalu banyak, namun dapat dijangkau sebagai langkah awal pengembangan dukungan sosial. Kelompok-kelompok tersebut adalah:

No.	Nama Organisasi	Ruang Lingkup Kegiatan	Kontak
1.	Bipolar Care Indonesia	Fokus layanan: orang dengan gangguan bipolar (manik-depresi)  Tujuan: menjadi wadah pengembangan diri berdasarkan potensi yang dimiliki melalui kegiatan diskusi, aktivitas seni, dukungan mitra bestari ( <i>peer support</i> )	<a href="http://www.bipolarcareindonesia.com">www.bipolarcareindonesia.com</a>
2.	Harmony in Diversity	Fokus layanan: orang dengan gangguan bipolar (manik-depresi) yang tinggal di daerah Surabaya dan sekitarnya	
5.	Into the Light Indonesia	Kegiatan utama: pencegahan upaya bunuh diri terutama yang dilakukan di lingkungan remaja, orang muda, dan populasi khusus	<a href="http://www.intothelightid.wordpress.com">www.intothelightid.wordpress.com</a>
6.	Peduli Kesehatan Jiwa Perinatal Indonesia	Tujuan: memberikan dukungan sosial kepada para ibu, ayah, dan keluarga yang mengalami berbagai masalah	Facebook Peduli Kesehatan Jiwa ibu Perinatal Indonesia

	dan gangguan kesehatan jiwa terkait dengan proses kehamilan dan pasca melahirkan	
7. Cahaya Jiwa	Organisasi konsumen di Cianjur yang ditujukan untuk membantu orang dengan gangguan jiwa mencapai pemulihan, mengurangi beban bagi orang dengan masalah kejiwaan dan keluarganya	<a href="http://www.cahayajiwa.com">www.cahayajiwa.com</a>

Dukungan sosial dapat dikembangkan dengan langkah-langkah berikut ini:

1. Implementasi regulasi dan kebijakan nasional hingga tataran masyarakat terkecil

2. Pemberian informasi dan peningkatan kapasitas semua tenaga yang terlibat terutama untuk pengenalan gejala, perilaku mencari pertolongan, dan intervensi dini

3. Pengembangan berbagai upaya kerjasama lintas program dan lintas sektor

Halaman ini sengaja dikosongkan

## **SIMPULAN**

Anxietas dan depresi merupakan gangguan jiwa yang lazim ditemukan di masyarakat dan dapat dialami oleh siapa pun terutama kelompok rentan. Merupakan gangguan jiwa yang menyebabkan disabilitas terbesar di antara semua gangguan jiwa termasuk lebih tinggi dibandingkan penyakit tidak menular lainnya. Deteksi dan intervensi dini merupakan upaya terbaik untuk mencegah dampak penyakit yang lebih berat termasuk kematian akibat bunuh diri yang merupakan kejadian sentinel (kejadian tidak diharapkan yang sangat berat). Upaya tersebut hanya mungkin dilakukan melalui upaya layanan kesehatan di layanan primer, mengingat sebagian besar orang dengan gangguan anxietas dan depresi tinggal di komunitas.

Layanan kesehatan primer merupakan pintu utama penemuan kasus gangguan depresi dan anxietas. Peningkatan kapasitas untuk melakukan deteksi dan diagnosis dini sangat diperlukan karena pasien biasanya akan datang dengan keluhan-keluhan somatik. Pengenalan gejala dan diagnosis yang tepat akan membantu proses penetapan rencana terapi bersama-sama dengan pasien dan keluarga. Tatalaksana utama dan terpenting adalah terapi non psikofarmaka. Modalitas yang mungkin diselenggarakan di layanan primer adalah psikoedukasi, konseling dan pemecahan masalah, psikoterapi sederhana, relaksasi, dan pengembangan dukungan sosial. Sementara manajemen farmakologis ditujukan untuk mengendalikan kondisi akut yang tidak memberikan respons adekuat dengan manajemen non farmakologis atau kondisi yang dialami sangat mengganggu fungsi.

Panduan ini diharapkan dapat menjadi alat bantu tenaga kesehatan di layanan primer untuk lebih mampu membantu orang dengan gangguan anxietas dan depresi yang sebagian besar tinggal di komunitas. Upaya tata laksana yang lebih baik dan terstandar, akan meningkatkan produktivitas, dan menurunkan biaya kesehatan maupun beban pasien, keluarga, dan negara.

Halaman ini sengaja dikosongkan

## Referensi

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta: 2013.
- Collins KA, Wstra HA, Dozois DJA BD. Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. *Clin Psychol Rev* 2004;24:583–616.
- Shidhaye R, Lund C CD. Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *Int J Ment Heal Syst* 2015;9.
- World Health Organisation. Health Statistics and Information Systems Estimates for 2000 – 2015 n.d. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease) (accessed June 28, 2017).
- Insel T. Mortality and Mental Disorders. *Natl Inst Ment Heal* n.d. <https://www.nimh.nih.go> (accessed June 28, 2017).
- WebMD. Depression: Recognizing the Physical Signs 2016. <http://www.webmd.com/depression/physical-symptoms> (accessed June 30, 2017).
- Halverson JL. Depression: Clinical Presentation. *Medscape* n.d. <http://emedicine.medscape.com> (accessed June 30, 2017).
- Bhatt N. Anxiety Disorder: Clinical Presentation n.d. <http://emedicine.medscape.com> (accessed June 30, 2017).
- Mayangsari C. Ungkapan Stres untuk Gejala Cemas dan Depresi pada Pasien di Puskesmas Gambir: Studi Kualitatif. University of Indonesia, 2016.
- Spitzer R, Kroenke K, Williams J, Lowe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Arch Intern Med* 2006;166:1092–7.
- Risal A, Manandhar K, Linde M, Steiner TJ HA. Anxiety and depression in Nepal: prevalence, comorbidity and associations. *BMC Psychiatry* 2016;16.
- Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnard B HL. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Fam Pract* 2010;11.
- Kang HJ, Kim SY, Bae KY, Kim SW, Shin IS, Yoon JS KJ. Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. *Chonnam Med J* 2015;51:8–18.
- Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, Kotowicz MA, Berk M, Girardi P, Brennan SL WL. Physical comorbidities in men with mood and anxiety disorders: a population-based study. *BMC Med* 2013;11.
- Siu AL and the USPSTF (USPSTF). Screening for Depression in AdultsUS Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2016;315:380–7. doi:10.1001/jama.2015.18392.
- Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Psychosocial Rehabilitation: A consensus statement. 1997.
- Asher L, Fekadu A, Hanlon C, Mideksa G, Eaton J, Patel V DSMJ. Development of a community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia. *PLoS One* 2015;10.
- Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P CH. sychoeducation for depression, anxiety, and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med* 2009;7.
- Uchino T, Maeda M UN. Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective. *Kurume Med J* 2012;59:25–31.
- McFarlane WR. Family Psychoeducation. West Inst n.d. [https://www.okhca.org/provider/types/bh/pdflib/family\\_psychoeducation.ppt](https://www.okhca.org/provider/types/bh/pdflib/family_psychoeducation.ppt) (accessed June 20, 2017).
- The Oxford Living Dictionary. 2017. <https://en.oxforddictionaries.com/definition/counselling> (accessed June 24, 2017).
- Krisman S. The Counselling Process. Kerala: Department of Psychology, Kerala University; 2015.
- Mappiare A. Pengantar Konseling dan Psikoterapi. Jakarta: Raja Grafindo Persada; 1992.
- Hackey H, Cornier S. The Professional Counselor. Boston: Pearson; 2005.
- Lesmana J. Dasar-dasar Konseling. Jakarta: UI Press; 2006.
- Teacher Empowerment through Support and Technology (TEST). Guidelines for counselling practice: A handbook n.d. [http://testghana.org:5984/portal\\_courses/0708f8b7a7cbad14d0f66f399c1e265b/0708f8b7a7cbad14d0f66f399c1e265b.pdf](http://testghana.org:5984/portal_courses/0708f8b7a7cbad14d0f66f399c1e265b/0708f8b7a7cbad14d0f66f399c1e265b.pdf) (accessed June 24, 2017).
- Yeung A, Feldman G, Fava M. Self-Management of Depression: A manual for mental health and primary care professionals. New York: Cambridge University Press; 2010.
- New Zealand Health Promotion Agency. Structured Problem Solving Workbook n.d. <https://depression.org.nz/assets/Uploads/structured-problem-solving-workbook.pdf> (accessed June 22, 2017).

Kupfer D. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991;52:28–34.

Hirschfeld RM. Clinical importance of long-term antidepressant treatment. *Br J Psychiatry* 2001;179:s4–8. doi:10.1192/bjp.179.42.s4.

Hirschfeld R, Schatzberg A. Long-term management of depression. *Am J Med* 1994;97:33s–38s.

World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance disorder in non-specialised health settings. Geneva: WHO; 2016.

Barnsley CCG Medicines Management Team. Guidelines for the Treatment of Anxiety in Primary Care 2013. [http://www.barnsleyccg.nhs.uk/CCG Downloads/Members/Medicines management/Prescribing Guidelines/201609 - Anxiety Management Guidelines July 2016-2.pdf](http://www.barnsleyccg.nhs.uk/CCG%20Downloads/Members/Medicines%20management/Prescribing%20Guidelines/201609%20-%20Anxiety%20Management%20Guidelines%20July%202016-2.pdf) (accessed July 1, 2017).

Khouzam HR, Field S. Somatization Disorder: Clinical Presentation and Treatment in Primary Care. *Hosp Physician* 1999;20–4.

Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician* 2016;93:49–54.

Lubis NL. Tinjauan Psikologis, Ed. 1. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup; 2009.

Haddad M, Buszewics M, Murphy B. Supporting people with depression and anxiety: a guide for practice nurses. London: Mind; 2011.

Seligman M. *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*, 2nd Ed. New York: Vintage; 2006.

Mindtools. Are You a Positive or Negative Thinker? Learn About – and Change – How You Think n.d. [https://www.mindtools.com/pages/article/newTCS\\_89.htm](https://www.mindtools.com/pages/article/newTCS_89.htm) (accessed January 7, 2017).

Stuart G, Keliat B, Pasaribu J. Prinsip dan praktik: Keperawatan kesehatan jiwa Stuart. Singapore: Mosby Elsevier; 2016.

Ehrlich S. Relaxation Technique. Univ Maryl Med Cent 2015. <http://www.umm.edu/health/medical/altmed/treatment/relaxation-techniques> (accessed June 19, 2017).

Nettina S. Lippincott Manual of nursing Practice, 10th Ed. 10th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Soewondo S, Menaldi A, Hanum L. Stres, Manajemen Stres, dan Relaksasi. Depok: LPSP3; 2016.

Keliat B, Akemat P, Susanti H. Manajemen Kasus Gangguan jiwa CMHN (Intermediate Course). Jakarta: EGC; 2011.

Beautrais A., Joyce PR, Mulder RT, Fergusson D, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *Am J Psychiatry* 1996;153:1009–13.

Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Psychiatric illness in a sample of young people making serious suicide attempts. *New Zeal Med Journal*, 1998;44–8.

Friedman S, Jones JC, Chrenen L, Barlow DH. Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: A survey of two outpatient clinics. *Am J Psychiatry* 1992;149:680–5.

Hornig CD, McNally RJ. Panic disorder and suicide attempt. A re-analysis of data from the epidemiological catchment area study. *Br J Psychiatry* 1995;167:76–9.

TUFTS Health Plan. Clinical Guideline for the Treatment of Depression in the Primary Care Setting. TUFTS Health Plan; 2005.

Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive – compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012;16:77–84.

Jané-Llopis E, Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.

Min J, Lee C, C. L. Mental Health Promotion and Illness Prevention: A Challenge for Psychiatrists. Korean Neuropsychiatric Association; 2013.

Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Dependence WHO. Prevention and Promotion in Mental Health. Geneva: World Health Organization; 2002.