

**KARAKTERISTIK PENDERITA GANGGUAN DEPRESI DI RUMAH SAKIT  
KHUSUS DAERAH DADI MAKASSAR TAHUN 2022**



**DISUSUN OLEH:**

**AZIZA NOOR ADILAH**

**C011191270**

**PEMBIMBING:**

**Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**2023**

**KARAKTERISTIK PENDERITA GANGGUAN DEPRESI DI RUMAH SAKIT  
KHUSUS DAERAH DADI MAKASSAR TAHUN 2022**

Diajukan Kepada Universitas Hasanuddin untuk Melengkapi Salah Satu Syarat  
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran

Aziza Noor Adilah

C011191270



**Dosen Pembimbing:**

Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER UMUM

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

2023

## HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Departemen Ilmu Kesehatan

Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul:

**“KARAKTERISTIK PENDERITA GANGGUAN DEPRESI DI RUMAH  
SAKIT KHUSUS DAERAH DADI MAKASSAR TAHUN 2022”**

**Hari/Tanggal** : Selasa, 15 Agustus 2023  
**Waktu** : 08.00 - Selesai  
**Tempat** : *Zoom Meeting*

Makassar, 15 Agustus 2023

Mengetahui,  


**Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ**

**NIP : 1970014 200112 2 001**

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Aziza Noor Adilah

NIM : C011191270

Fakultas / Program Studi : Kedokteran / Pendidikan Dokter Umum

Judul Skripsi : Karakteristik Penderita Gangguan Depresi di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Makassar Tahun 2022

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bahan persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ (.....)

Penguji 1 : dr. Indrawaty Suhuyanli, M.Kes, Sp.KJ (.....)

Penguji 2 : dr. Rinvil Renaldi, M.Kes, Sp.KJ(K) (.....)

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 15 Agustus 2023

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

“KARAKTERISTIK PENDERITA GANGGUAN DEPRESI DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI MAKASSAR TAHUN 2022”

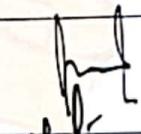
Disusun dan Diajukan Oleh

Aziza Noor Adilah

C011191270

Menyetujui

Panitia Penguji

No	Nama Penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1	Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ	Pembimbing	
2	dr. Indrawaty Suhuyanli, M.Kes, Sp.KJ	Penguji 1	
3	dr. Rinvil Renaldi, M.Kes, Sp.KJ(K)	Penguji 2	

Mengetahui,

Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan  
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin



dr. Agussalim Bukhari, M.Clin.Med., Pd.D., SP.GK(K)  
NIP. 19700821 199903 1 001

Ketua Program Studi Sarjana Kedokteran  
Fakultas Kedokteran Universitas  
Hasanuddin



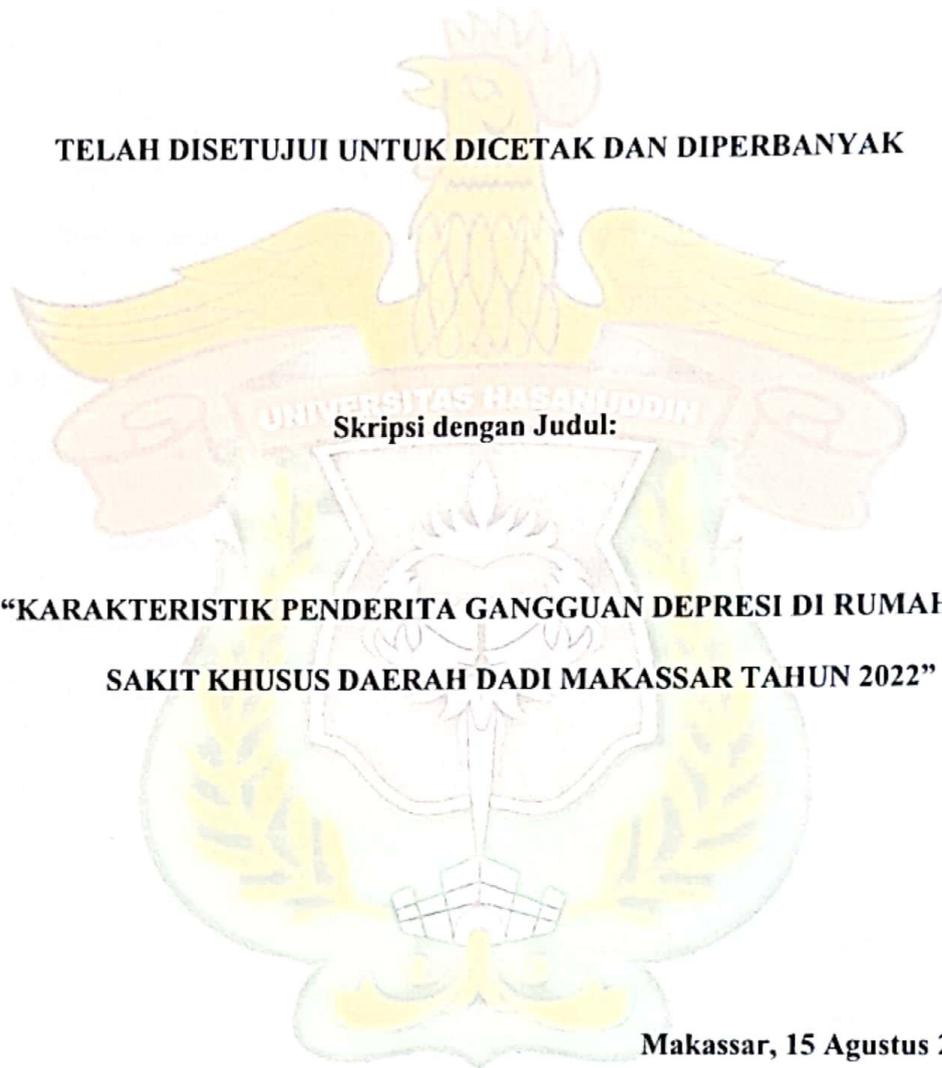
dr. Ririn Nislawati, M.Kes., Sp.M(K)  
NIP. 19810118 200912 2 003

DEPARTEMEN ILMU KESEHATAN JIWA

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN

2023

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK



Skripsi dengan Judul:

**“KARAKTERISTIK PENDERITA GANGGUAN DEPRESI DI RUMAH  
SAKIT KHUSUS DAERAH DADI MAKASSAR TAHUN 2022”**

Makassar, 15 Agustus 2023

Pembimbing,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Saidah Syamsuddin', is written over the printed name.

Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ

NIP : 19700114 200112 2 001

## LEMBAR PERNYATAAN ORIGINALITAS KARYA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aziza Noor Adilah

NIM : C011191270

Program Studi : Pendidikan Dokter Umum

Dengan ini menyatakan bahwa seluruh skripsi ini adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasikan atau belum dipublikasikan, telah direferensi sesuai ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik yang lain.

Makassar, 15 Agustus 2023



Aziza Noor Adilah

C011191270

## KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan kemudahan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Karakteristik Penderita Gangguan Depresi di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Makassar Tahun 2022” Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan penulis di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin untuk mendapatkan gelar sarjana.

Selain itu, penulis juga ingin menyampaikan terima kasih dan apresiasi sebesar-besarnya atas semua pihak yang telah berjasa dalam penyelesaian tugas akhir ini, yaitu:

1. Kedua orang tua penulis yang tercinta, ayahanda Mohamad Riko A Runizar, ibunda Diah Pitaloka, atas segala dukungan, kasih sayang, dorongan, dan doa restu dalam setiap langkah penulis. Serta saudara kandung penulis tersayang dan selalu penulis rindukan, kakak, daman, Alm. Zaky, jide, Zaid, dan Nafla yang selalu menjadi penyemangat penulis.
2. Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Sc., Sp.PD-KGH., Sp.GK, FINASIM selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin beserta jajarannya,
3. Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ selaku dosen pembimbing skripsi penulis yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran dalam memberikan arahan dalam penyusunan tugas akhir ini. Penulis akan selalu mengingat dan bersyukur atas kebaikan dan kesabaran yang beliau tunjukkan dalam menghadapi banyak kekurangan penulis,
4. dr. Indrawaty Suhuyanli, M.Kes, Sp.KJ., dr. Rinvil Renaldi, M.Kes, Sp.KJ(K) selaku dosen penguji yang telah memberikan banyak saran dan arahan selama proses penyusunan skripsi.

5. Seluruh staff akademik dan non akademik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah memberikan ilmu, mengajar dan membantu penulis selama penulis mengikuti perkuliahan,
6. Kedua sahabat uwuwusku, Andi Nur Azizah dan Rizka Amalia yang selalu memberi semangat dan nasihat dari awal kenal sampai titik ini. Terima kasih cece dan rizka sudah mau menjadi tempat penulis bercerita, mengoceh, menangis, dan tertawa. Semua momen-momen kecil bersama kalian sangat berharga buat penulis.
7. Teman-teman kelas C angkatan 2019, yang telah berjuang dan bercerita selama tiga setengah tahun terakhir,
8. Dan terakhir kepada teman-teman FILAGGRIN yang selalu hebat-hebat

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dari segi materi maupun bahas penyampain. Sehingga penulis dengan penuh hati akan menerima segala kritik dan saran agar dapat menyempurnakan penelitian ini selanjutnya. Kiranya Allah senantiasa menuntun dan memberikan kemudahan.

Makassar, 15 Agustus 2023

**SKRIPSI**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**2023**

Aziza Noor Adilah

Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ

**Karakteristik Penderita Gangguan Depresi di Rumah Sakit Khusus Daerah  
Dadi Makassar Tahun 2022**

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Menurut WHO (2021), 280 juta orang di dunia menderita depresi. Akibat dari itu depresi digolongkan sebagai *global burden of disease* dan berada pada peringkat ke empat di daftar penyakit dunia. Depresi di Indonesia di tahun 2018 mencapai 12 juta penduduk dengan usia lebih dari 15 tahun. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik penderita depresi. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. **Hasil:** Didapatkan sebanyak 169 penderita depresi yang memenuhi kriteria penelitian. Pasien dengan rentang usia 30-60 (49%) tahun lebih banyak ditemukan, perbandingan antara pasien berjenis kelamin laki-laki : perempuan yaitu 6:7. Sebanyak 35% mengidap depresi dengan gejala psikotik. Serta 72% dari pasien tidak bekerja. Ditemukan 60% pasien depresi sudah menikah. Dan sebanyak 53% berobat menggunakan asuransi kesehatan. **Kesimpulan:** Pasien depresi paling banyak berusia 30-60 tahun, perempuan, dengan gejala psikotik, tidak bekerja, menikah, dan memakai asuransi kesehatan.

**Kata Kunci:** Depresi, Gangguan depresi, Karakteristik penderita depresi.

**THESIS**  
**FACULTY OF MEDICINE**  
**HASANUDDIN UNIVERSITY**  
**2023**

Aziza Noor Adilah

Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ

**Characteristics of Depressive Disorder Patients in Dadi Regional Special  
Hospital Makassar in 2022**

**ABSTRACT**

**Introduction:** According to WHO (2021), 280 million people in the world suffer from depression. As a result, depression is classified as a global burden of disease and is ranked fourth on the world disease list. Depression in Indonesia in 2018 reached 12 million people over 15 years of age. **Aims:** This study aims to determine the characteristics of depressive disorder patients. **Method:** This research is a quantitative research with a descriptive approach. **Results :** There were 169 depressive disorder patients who met the research criteria. Patients with an age range of 30-60 (49%) years old were more commonly found, the ratio between male and female patients was 6:7. As many as 35% suffer from depression with psychotic symptoms. And 72% patients were unemployed. It was also found that 60% of depression patients were married. And 53% of the patients seek treatment using their health insurance. **Conclusion :** Most depressed patients are aged 30-60 years, females, with psychotic symptoms, unemployed, married, and uses health insurance.

**Keywords: Depression, Depressive disorder, Characteristics of depressive disorder patients.**

## DAFTAR ISI

<b>SAMPUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA.....</b>	<b>vii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>x</b>
<b><i>ABSTRACT</i>.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti .....	4
1.4.2 Manfaat bagi Masyarakat .....	4
1.4.3 Manfaat bagi Instansi Terkait .....	4
1.4.4 Manfaat bagi Peneliti Selanjutnya .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>

2.1	Gangguan Suasana Hati atau <i>Mood</i> .....	6
2.2	Definisi Depresi .....	6
2.3	Epidemiologi.....	7
2.4	Etiologi.....	9
2.4.1	Faktor Biologis .....	9
2.4.2	Faktor Genetik .....	10
2.4.3	Faktor Psikososial .....	10
2.5	Gejala depresi.....	11
2.6	Diagnosis Depresi .....	11
2.7	Tingkat Depresi.....	16
2.8	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi .....	16
2.9	Tatalaksana .....	18
2.10	Farmakologi.....	19
2.11	Non Farmakologi .....	22
<b>BAB 3 KERANGKA PENELITIAN .....</b>		<b>25</b>
3.1	Kerangka Teori .....	25
3.2	Kerangka Konsep.....	25
3.3	Definisi Operasional .....	26
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>		<b>28</b>
4.1	Jenis dan Desain Penelitian.....	28
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	28
4.3	Populasi dan Sampel Penelitian .....	28
4.3.1	Populasi .....	28
4.3.2	Sampel.....	28

4.4	Pengumpulan Data .....	29
4.4.1	Jenis Data .....	29
4.4.2	Instrumen Penelitian.....	29
4.5	Manajemen Data .....	29
4.5.1	Tahap Pengumpulan Data .....	29
4.5.2	Tahap Pengolahan Data.....	30
4.5.3	Tahap Penyajian Data.....	30
4.6	Alur Penelitian .....	30
4.7	Etika Penelitian .....	31
4.8	Anggaran Dana .....	31
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN .....</b>		<b>32</b>
5.1	Karakteristik Usia .....	32
5.2	Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin.....	33
5.3	Karakteristik Berdasarkan Tingkat Depresi.....	33
5.4	Karakteristik Berdasarkan Status Pekerjaan.....	34
5.5	Karakteristik Berdasarkan Status Menikah.....	34
5.6	Karakteristik Berdasarkan Pembiayaan .....	35
<b>BAB 6 PEMBAHASAN.....</b>		<b>36</b>
6.1	Karakteristik Berdasarkan Usia .....	37
6.2	Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin.....	39
6.3	Karakteristik Berdasarkan Tingkat Depresi.....	40
6.4	Karakteristik Berdasarkan Status Pekerjaan.....	42
6.5	Karakteristik Berdasarkan Status Menikah.....	43

6.6	Karakteristik Berdasarkan Pembiayaan .....	45
<b>BAB 7</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>46</b>
7.1	Kesimpulan .....	46
7.2	Saran .....	46
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>		<b>48</b>
<b>Lampiran 1. Biodata Penulis .....</b>		<b>54</b>
<b>Lampiran 2. Permohonan Izin Penelitian Kepada Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan dan Kepala UPT P2T BKMPD Provinsi Sulawesi Selatan.....</b>		<b>55</b>
<b>Lampiran 3. Permohonan Izin Penelitian Kepada Pihak Komite Etik.....</b>		<b>56</b>
<b>Lampiran 4. Surat Rekomendasi Persetujuan Etik .....</b>		<b>57</b>
<b>Lampiran 5. Surat Izin Penelitian di RSKD Dadi Makassar .....</b>		<b>58</b>
<b>Lampiran 6. Data Hasil Penelitian .....</b>		<b>59</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alur penatalaksanaan depresi.....	19
Gambar 3.1 Kerangka teori.....	25
Gambar 3.2 Kerangka konsep.....	25
Gambar 6.1 Diagram karakteristik berdasarkan usia.....	37
Gambar 6.2 Diagram karakteristik berdasarkan jenis kelamin.....	39
Gambar 6.3 Diagram karakteristik berdasarkan tingkat depresi.....	40
Gambar 6.4 Diagram karakteristik berdasarkan status pekerjaan.....	42
Gambar 6.5 Grafik karakteristik berdasarkan status menikah.....	43
Gambar 6.6 Diagram karakteristik berdasarkan pembiayaan.....	45

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Daftar jenis obat anti depresan.....	21
Tabel 4.1 Anggaran dana .....	37
Tabel 5.1 Karakteristik berdasarkan usia .....	32
Tabel 5.2 Karakteristik berdasarkan jenis kelamin .....	33
Tabel 5.3 Karakteristik berdasarkan tingkat depresi.....	33
Tabel 5.4 Karakteristik berdasarkan status pekerjaan.....	34
Tabel 5.5 Karakteristik berdasarkan status menikah.....	34
Tabel 5.6 Karakteristik berdasarkan pembiayaan .....	35

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Gangguan mental bukanlah hal yang asing diseluruh dunia, menurut WHO pada tahun 2019, 1 dari 8 orang atau sekitar 970 juta orang menderita gangguan jiwa, ansietas, dan gangguan-gangguan depresif. Dan menurut Kementerian Kesehatan pada tahun 2021, Indonesia mempunyai prevalensi gangguan jiwa yang tinggi dengan perhitungan bahwa 1 dari 5 orang atau sekitar 20 persen dari populasi berpotensi untuk menyandang gangguan jiwa. Depresi atau major depressive disorder adalah salah satu gangguan kesehatan mental, kondisi ini umum ditemukan di seluruh dunia dan dapat dapat menyerang semua usia dan jenis kelamin.

Menurut WHO (2021), 280 juta orang didunia menderita depresi. Akibat dari itu depresi digolongkan sebagai global burden of disease atau beban penyakit global dan berada pada peringkat ke empat di daftar penyakit dunia. Gejala yang dapat muncul adalah mood depresif, kehilangan minat, perubahan nafsu makan, gangguan tidur, sulit berkeputusan, mudah tersinggung, sedih terus menerus, merasa bersalah, tidak percaya diri, dan mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup sampai bunuh diri.

Depresi dapat mempengaruhi kualitas hidup dan performa kerja seseorang baik itu di kantor, sekolah dan di aktivitas rumah tangga sendiri apabila menetap dan tidak diberikan pertolongan (American Psychiatrist Association, 2020). Walaupun konsekuensi nya sangat berbahaya, jumlah stigma dan diskriminasi yang dialami penderita gangguan mental masih cukup besar sehingga

mempersulit mereka untuk menelusuri lebih dalam mengenai penyakit yang dialami dan dalam mencari pertolongan profesional dikarenakan masih dianggap sebagai hal yang sepele dan hanya hasil dari seseorang yang ‘lemah mental’ atau ‘lemah iman’ (Kementerian Kesehatan, 2022).

Remaja adalah mereka yang tergolong berusia 10 tahun sampai 18 tahun dan dalam golongan usia tersebut terdapat banyak perubahan pada hidup mereka sehingga dibutuhkan kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan-perubahan tersebut. Apabila remaja tersebut tidak dapat beradaptasi dalam masa peralihan, akan timbul masalah-masalah sampai dapat menghasilkan efek negatif pada diri mereka dan memungkinkan munculnya depresi (Mandasari and Tobing, 2020). Depresi pada remaja juga masih mempunyai angka diagnosis dan pengobatan yang kurang dengan hanya 50 persen (Mullen, 2018). Perubahan perilaku pada remaja yang mengalami depresi dapat berupa mudah tersinggung, tertekan, takut, konflik dengan teman dan keluarga, suka menyendiri, susah bersosialisasi. Dan dari gejala-gejala ini, orang tua tidak boleh membiarkan anak-anak mereka dan lebih perhatian karena depresi mempunyai dampak sangat negatif apabila tidak ditangani (Mandasari and Tobing, 2020).

Survei oleh National Institutes of Mental Health atau NIMH menunjukkan bahwa 70 persen pasien depresi tidak mendapatkan pengobatan untuk penyakit mereka. Pada tahun 2015, 4 persen atau sekitar 300 juta orang di dunia menderita depresi (RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, 2019). Menurut data Riskesdas pada tahun 2018 prevalensi depresi di Indonesia pada usia 15 tahun atau lebih, terdapat sebanyak 12 juta penduduk (Kementerian Kesehatan, 2021). Dan untuk wilayah Sulawesi Selatan terdapat 7,8 persen penduduk yang mengalami depresi.

Dari data yang diperoleh, diketahui bahwa Indonesia belum mempunyai penanganan yang efektif dan kurangnya kesadaran penduduk Indonesia mengenai depresi sendiri. Sehingga butuh upaya yang lebih dari instansi kesehatan, masyarakat, dan keluarga untuk memberi perhatian pada pasien depresi dan gangguan jiwa lainnya. Prevalensi depresi lebih tinggi pada wanita dibandingkan pria, terbukti pada tahun 2010 dimana prevalensi tahunan global yaitu adalah 5,5 persen wanita dan 3,2 persen pria, data ini menunjukkan bahwa insiden depresi 1,7 kali lipat lebih besar pada wanita dibanding pria (Albert, 2015).

Berdasarkan angka depresi yang masih tinggi di dunia dan Indonesia, dampak negatifnya yang dapat membahayakan pasien, sekitar, dan juga negara, maka peneliti tertarik untuk mengangkat topik “Karakteristik Pasien Gangguan Depresi di Rumah Sakit Khusus Daerah Makassar Tahun 2022” untuk penelitian ini.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana karakteristik penderita depresi di RS Khusus Daerah Dadi Makassar tahun 2022”

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk memperoleh karakteristik penderita depresi di RS Khusus Daerah Dadi Makassar tahun 2022.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui karakteristik **usia** pasien depresi di RS Khusus Daerah Dadi Makassar tahun 2022.

- b. Mengetahui karakteristik **jenis kelamin** pasien depresi di RS Khusus Daerah Dadi Makassar tahun 2022.
- c. Mengetahui karakteristik **tingkat depresi** pasien depresi di RS Khusus Daerah Dadi Makassar tahun 2022.
- d. Mengetahui karakteristik **status menikah** pasien depresi di RS Khusus Daerah Dadi Makassar tahun 2022.
- e. Mengetahui karakteristik **pekerjaan** pasien depresi di RS Khusus Daerah Dadi Makassar tahun 2022.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat bagi Peneliti**

Dapat menerapkan ilmu yang telah didapatkan selama perkuliahan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, serta menambah ilmu mengenai penyakit depresi, menambah wawasan, dan pengalaman dalam bidang penelitian khususnya penelitian mengenai bidang kesehatan jiwa serta sistem pengarsipna rekam medis di rumah sakit.

### **1.4.2. Manfaat bagi Masyarakat**

Dapat memberikan informasi mengenai Karakteristik Penderita Depresi di RS Khusus Daerah Dadi Makassar Tahun 2022, sehingga masyarakat paham dan sadar mengenai penyakit-penyakit di bidang kesehatan jiwa khususnya depresi.

### **1.4.4. Manfaat bagi Instansi Terkait**

Dapat memberikan informasi mengenai Karakteristik Penderita Depresi di RS Khusus Daerah Dadi Makassar Tahun 2022, sehingga dapat diterapkan tindakan preventif dan kuratif yang lebih terarah dan tepat sasaran terhadap penyakit depresi.

#### **1.4.5. Manfaat bagi Peneliti Selanjutnya**

Dapat menjadi acuan dan sumber informasi untuk meneliti lebih lanjut di bidang psikiatri, utamanya mengenai Karakteristik Penderita Depresi di RS Khusus Daerah Dadi Makassar, hasil dari penelitian bisa menjadi data awal untuk peneliti selanjutnya dengan konsep penelitian yang sama.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Gangguan Suasana Hati atau *Mood***

Gangguan *mood* atau suasana hati didefinisikan sebagai gangguan yang melibatkan kesehatan emosional seseorang. Gangguan ini dapat menetap dan memengaruhi perilaku seseorang di lingkungan eksternal. Gangguan suasana hati digambarkan dengan emosi yang sangat rendah dan biasa disebut depresi atau emosi yang sangat tinggi yang biasa disebut hipomania dan mania. Gangguan *mood* adalah gangguan jiwa yang umum di Indonesia dan berkontribusi dalam peningkatan angka morbiditas dan mortalitas. Menurut *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders Fifth Edition atau DSM-V*, gangguan suasana hati terbagi menjadi gangguan bipolar dan gangguan depresi (Sekhon and Gupta, 2022).

#### **2.2. Definisi Depresi**

Depresi atau *Major Depressive Disorder* adalah kondisi abnormal pada tubuh dimana ada perasaan sedih yang sangat hebat dan konsisten sehingga tidak bisa kembali secara mandiri dan dibutuhkan pertolongan profesional untuk mengatasi kondisi tersebut (Bartha *et al.*, 1999). Bedanya dengan perasaan sedih atau putus asa pada orang normal karena keadaan mereka termasuk bagian dalam kehidupan sehari-hari dan hendak membaik seiring waktu berjalan (APA, 2020). Depresi mampu mengganggu aktivitas penderita seperti pekerjaan kantor, rumah, ataupun sekolah. Depresi dapat terjadi dengan penyebab atau tanpa penyebab sama sekali dan bisa ditemukan di semua usia dan jenis kelamin. Gejala depresi yang paling sering ditemukan adalah perasaan yang sangat sedih, patah semangat, bicara dan gerakan yang melambat, tidak ceria,

tidak percaya diri, merasa tidak berharga, tidur yang terganggu, perubahan nafsu makan, sampai diposisi menjauhi orang-orang terdekatnya dan hobi-hobinya yang sebelumnya disukai (Bartha *et al.*, 1999). Penderita depresi dapat memengaruhi orang sekitar mereka seperti keluarga dan teman karena mereka akan beserta khawatir dengan kondisi penderita namun belum memahami dengan baik cara mengulurkan bantuan dan sulit untuk orang awam untuk mendeteksi kondisi penderita yang sebenarnya, dimana penderita mungkin berada dalam suatu fase yang akan kembali normal atau sudah menjadi penyakit yang membutuhkan pertolongan profesional (InformedHealth.org [Internet], 2006).

Depresi adalah penyakit yang sangat penting dan harus dipahami oleh masyarakat secara lebih dalam. Orang yang menderita depresi dapat berubah secara drastis dan mengganggu aspek psikososial atau relasi sosial dan psikis seseorang sehingga kualitas hidup mereka akan menurun. *World Health Organization* atau WHO (2011) mengungkapkan bahwa depresi diprediksikan menjadi beban penyakit global di peringkat pertama pada tahun 2030.

### **2.3. Epidemiologi**

Pada tahun 2019, prevalensi orang yang hidup dengan depresi berjumlah 280 juta orang, termasuk 23 juta anak-anak dan remaja (WHO, 2022a). Dan menurut data WHO (2017), setengah dari orang-orang yang menderita depresi berpopulasi di Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Indonesia berada di urutan ke lima dengan angka depresi sebesar 3,7 persen. Menurut Riskesdas (2018), Indonesia sendiri mempunyai angka kejadian depresi pada umur 15 tahun keatas yang menunjukkan bahwa 6,1 persen mengalami depresi, dan kejadian lebih tinggi ditemukan di Sulawesi Tengah yaitu sebanyak 12,3 persen (Mandasari and Tobing, 2020). Risiko untuk mendapatkan depresi dalam hidup sangat

tinggi, dengan satu dari lima orang yang mengalami episode depresif dalam sekali dalam hidup mereka dikarenakan depresi adalah penyakit yang sangat umum ditemukan (Malhi and Mann, 2018).

Depresi dapat ditemukan semua umur dan jenis kelamin tetapi Data terkini menunjukkan bahwa gangguan depresi berat dapat ditemukan pada usia kurang dari 20 tahun, tetapi usia rata-rata onset depresi adalah antara usia 20 sampai 50 tahun. Namun data-data terbaru menunjukkan bahwa gangguan depresi mungkin akan meningkat di usia 20 tahun ke bawah hal ini dapat terkait dengan peningkatan penggunaan alkohol dan penyalahgunaan obat-obatan pada usia tersebut (Kaplan and Sadock, 2015).

Jenis kelamin yang lebih banyak mengalami depresi adalah kalangan perempuan, meskipun depresi adalah penyebab utama kecacatan untuk kedua jenis kelamin, beban depresi masih lebih tinggi angkanya pada perempuan dibandingkan dengan lelaki yaitu sebesar 50 persen. Dari studi dengan responden yang berisi perempuan berpenghasilan tinggi, menengah, dan rendah diketahui bahwa depresi adalah penyebab utama penyakit untuk kalangan wanita (WHO, 2008).

Depresi mempunyai peluang penurunan penyakit sekitar 40 persen, hingga kerabat tingkat pertama seperti orang tua, anak, atau saudara akan berpotensi mengalami depresi dalam hidup mereka (APA, 2020). Oleh karena itu depresi yang dialami saat mengandung bayi atau *maternal depression* dapat menjadi faktor risiko pertumbuhan anak yang kurang baik (Rahma et al, 2008). Maka dari itu, ibu yang depresi saat hamil di negara-negara berpenghasilan rendah akan melahirkan anak yang terganggu pertumbuhannya baik itu secara fisik ataupun mental dan akan terus memengaruhi generasi selanjutnya

(Yasamy *et al.*, 2012).

## **2.4. Etiologi**

Depresi dapat berasal mula dari beberapa penyebab seperti faktor biologis yaitu yang berhubungan dengan hal yang berada di tubuh pasien, faktor genetik yaitu yang melibatkan silsilah keluarga pasien, dan faktor psikososial yang berhubungan dengan relasi sosial dan psikis pasien.

### **2.4.1. Faktor Biologis**

Faktor biologis yang menyebabkan depresi adalah adanya perubahan regulasi neurotransmitter dalam tubuh yang menyebabkan depresi. Neurotransmitter adalah mekanisme komunikasi antara sel-sel saraf dalam tubuh dan neurotransmitter yang paling terlibat dalam kondisi patologis penderita depresi adalah norepinefrin dan serotonin (Sadock and Kaplan, 2015).

Norepinefrin adalah neurotransmitter yang terlibat dalam emosi seseorang, apabila ditemukan dengan jumlah yang menurun, tubuh akan berkemungkinan mengalami depresi. Sama perannya dengan norepinefrin, serotonin adalah neurotransmitter yang berfungsi dalam perbaikan *mood* sehingga saat jumlah serotonin menurun, kondisi tersebut dapat dikaitkan dengan munculnya depresi.

Peran lain yang terlibat dengan depresi adalah pada beta-2 adrenergik reseptor atau ADRB2 yang berada pada celah presinaptik. Apabila ADRB2 teraktivasi di celah presinaptik, norepinefrin yang diproduksi akan berkurang sehingga memberikan efek pada tubuh penderita. Sama seperti norepinefrin, ADRB2 juga bisa didapatkan pada neuron serotonin dan dapat meregulasi produksi serotonin dalam tubuh. Salah satu gejala depresi adalah keinginan untuk bunuh diri dan pada

pasien-pasien dengan impuls bunuh diri dapat ditemukan konsentrasi serotonin dalam cairan serebrospinal atau CSF dan daya serapan serotonin yang rendah (Sadock dan Kaplan, 2015).

#### **2.4.2. Faktor Genetik**

Faktor genetik sudah dapat dibuktikan dari beberapa studi seperti *Family Studies*, *Twin Studies*, dan *Linkage Studies*. Dalam *Family studies*, apabila salah satu orang tua anak menderita gangguan kesehatan mental, anak tersebut akan mempunyai faktor risiko untuk menderita gangguan yang sama sebanyak 10 sampai 25 persen. Begitu juga konsekuensinya apabila kedua orang tua menderita gangguan kesehatan mental, anak akan mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami gangguan depresi. Oleh karena itu peluang terjadinya depresi dari kerabat keluarga yang dekat tentunya lebih besar daripada kerabat jauh dari anak (Sadock dan Kaplan, 2015). Dalam *Twin Studies* peluang untuk mendapatkan depresi adalah sebesar 37 persen (Shadrina, Bondarenko and Slominsky, 2018).

#### **2.4.3. Faktor Psikososial**

Faktor psikososial mencakup faktor yang melibatkan lingkungan penderita dan peristiwa yang ada dalam hidup mereka. Dan lebih banyak peristiwa yang memberi stres kepada penderita terjadi sebelum mendapatkan depresi bukan selepas. Stres yang paling pertama dialami oleh penderita akan memberi efek jangka panjang yang menetap pada otak dan akhirnya dapat merubah sistem neurotransmitter dan intraneuronal dalam tubuh seperti kehilangan neuron dan penurunan hubungan sinapsis antar neuron dan alhasil dapat menghasilkan gangguan *mood* yang berepisode walaupun yang memicu terjadinya

depresi adalah faktor eksternal.

Contoh dari peristiwa yang dapat mengakibatkan depresi adalah kehilangan orang tua sebelum umur 11 tahun, kehilangan pasangan, kehilangan kerja, dan merasa bersalah terhadap sesuatu. Faktor kepribadian yang terganggu seperti OCD, histrionik atau dramatis, dan borderline atau ambang mempunyai faktor risiko untuk terkena depresi. Beda hal dengan orang dengan sifat kepribadian antisosial dan paranoid yang mempunyai mekanisme pelindung sendiri agar bisa membuat mereka bertahan dengan kondisi emosi mereka (Sadock dan Kaplan, 2015).

## **2.5. Gejala Depresi**

Gejala-gejala depresi meliputi tiga aspek, pertama adalah afek atau suasana perasaan seseorang, seperti:

- a. sedih, apatis, anhedonia, tidak bertenaga, dan tidak bersemangat.

Setelah itu adalah aspek kognitif atau kemampuan berfikir seseorang, seperti:

- b. rendah diri, konsentrasi menurun, ragu-ragu, iritabilitas, dan merasa bersalah.

Aspek terakhir adalah fisik atau yang berkaitan dengan tubuh seseorang, seperti:

- c. gangguan tidur, gangguan nafsu makan, gairah seksual menurun, aktivitas menurun, perubahan berat badan, dan adanya ide bunuh diri

## **2.6. Diagnosis Depresi**

Untuk mendiagnosis depresi, terdapat dua panduan yang dapat dipelajari, antara lain DSM-V dan PPDGJ-III, berikut adalah kriteria diagnosis dari kedua panduan.

1. DSM-V menyatakan diagnosis dengan setidaknya lima atau lebih dari gejala yang diutarakan dibawah muncul dalam 2 minggu atau kurang apabila menunjukkan gejala yang sangat berat dan cepat. Gejala yang disebabkan oleh kondisi medis lain tidak terhitung. Berikut gejala yang mendukung diagnosis DSM-V:

1. Mood depresi pada sebagian besar waktu, hampir setiap hari, yang ditunjukkan oleh laporan subyektif (misalnya merasa sedih, kosong, putus asa), atau dari observasi orang lain (misalnya kelihatan menangis). Catatan: Pada anak-anak dan remaja, bisa mood yang iritabel atau mudah tersinggung.
2. Kehilangan minat atau kesenangan pada sejumlah besar aktivitas, hampir setiap hari (berdasarkan laporan subyektif atau observasi orang lain).
3. Peningkatan atau penurunan berat badan yang signifikan dan perubahan nafsu makan ketika sedang menjalani diet.
4. Sulit tidur atau berlebihan tidur setiap hari.
5. Agitasi atau retardasi psikomotor setiap hari (dari observasi orang lain, bukan hasil perasaan subyektif).
6. Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari.
7. Merasa tidak berguna atau bersalah yang berlebihan (bisa bersifat waham) setiap hari.
8. Penurunan kemampuan untuk berfikir atau berkonsentrasi, penuh keraguan, setiap hari (dari perasaan subyektif atau observasi orang lain).

9. Pikiran berulang mengenai kematian atau bunuh diri atau percobaan bunuh diri ataupun rencana khusus untuk bunuh diri.
2. Gejala menyebabkan gangguan yang bermakna secara klinis atau hendaya dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.
3. Episode tersebut tidak terkait dengan efek fisiologis suatu zat atau kondisi medis lainnya.

Catatan: Kriteria A – C mewakili episode depresi mayor.

4. Terjadinya episode depresi mayor tidak dapat dijelaskan dengan gangguan skizoafektif, skizofrenia, gangguan skizofreniform, gangguan delusi, atau spektrum skizofrenia spesifik dan tidak spesifik lainnya dan gangguan psikotik lainnya.
5. Tidak pernah ada episode manik atau episode hipomanik.

PPDGJ-III (1993) menyaratkan diagnosis dengan munculnya gejala-gejala dibawah selama minimal 2 minggu atau kurang apabila gejala terlihat sangat berat dan berlangsung cepat. Dan diagnosis depresi ringan, sedang, berat hanya berlaku untuk depresi tunggal atau pertama sehingga episode depresif yang selanjutnya dikategorikan dalam gangguan depresif berulang. Berikut gejala yang mendukung diagnosis PPDGJ-III:

- a. Gejala utama
  - i. Afek atau *mood* depresif
  - ii. Anhedonia atau kehilangan minat dan kegembiraan
  - iii. Anergia atau berkurangnya energi
- b. Gejala lainnya
  - i. Konsentrasi dan perhatiannya berkurang
  - ii. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang

- iii. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
  - iv. Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
  - v. Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
  - vi. Tidur terganggu
  - vii. Nafsu makan berkurang.
- c. Episode depresif ringan
- i. Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut diatas.
  - ii. Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya.
  - iii. Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya.
  - iv. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
  - v. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.
- d. Episode depresif sedang
- i. Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan
  - ii. Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya
  - iii. Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu.
  - iv. Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.
- e. Episode depresif berat tanpa gejala psikotik
- i. Semua 3 gejala utama depresi harus ada.

- ii. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat.
  - iii. Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.
  - iv. Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.
  - v. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.
- f. Episode depresif dengan gejala psikotik
- i. Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut F32.2 tersebut diatas;
  - ii. Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau alfatorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.

- iii. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood-congruent*).

## 2.7. Tingkat Depresi

Adapun klasifikasi depresi dibagi dari panduan DSM-V dan PPDGJ-III; DSM-V mengklasifikasi depresi menjadi tiga tingkat, antara lain:

1. Ringan: Sedikit gejala yang muncul, jika ada, gejala yang melebihi dari yang diperlukan untuk mendirikan diagnosis, intensitas gejalanya membuat menyulitkan tetapi dapat dikelola, dan gejalanya menyebabkan gangguan minim bagi fungsi sosial atau pekerjaan.
2. Sedang: Jumlah gejala, intensitas gejala, dan/atau gangguan fungsional **berada** di antara yang ditentukan untuk “ringan” dan “berat”.
3. Berat: Jumlah **gejala secara substansial** melebihi yang diperlukan untuk menghasilkan diagnosis, intensitas gejala sangat menyusahkan dan tidak dapat dikendalikan, dan gejalanya sangat mengganggu fungsi sosial dan pekerjaan.

Sedangkan PPDGJ-III (1993) mempunyai empat kateogri depresi, yaitu:

1. Depresi Ringan: minimal 2 dari 3 gejala dan ditambah 2 gejala lainnya utama yang sudah diterangkan di bagian diagnosis.
2. Depresi Sedang: minimal 2 dari 3 gejala utama dan 3 gejala lainnya.
3. Depresi Berat tanpa gejala psikotik: semua 3 gejala utama dan minimal 4 gejala lain harus ada.
4. Depresi Berat dengan gejala psikotik: sudah memenuhi kriteria gejala depresi berat dan juga disertai waham, halusinasi atau stupor depresif.

## 2.8. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Depresi

Terdapat beberapa faktor yang akan meningkatkan terjadinya depresi

pada penderita, yang pertama adalah jenis kelamin, dari banyak studi sudah terbukti bahwa angka depresi lebih banyak ditemukan pada perempuan dibandingkan lelaki yang mungkin disebabkan oleh perbedaan hormon, efek persalinan, stressor psikososial yang dialami wanita. Selanjutnya adalah usia, walaupun depresi dapat terjadi pada semua umur, usia yang paling banyak mendapatkan depresi adalah pada usia 20 sampai 50 tahun. Dan dari data epidemiologi dinyatakan bahwa depresi mulai meningkat pada umur kurang dari 20 tahun (Kaplan dan Sadock, 2015).

Setelah itu adalah status menikah, dimana orang yang tidak mempunyai hubungan dekat pada orang lain, orang yang sudah bercerai atau berpisah akan mempunyai risiko untuk menderita depresi. Letak geografis juga dapat meningkatkan faktor risiko, yaitu pada penduduk kota, lebih banyak terkena depresi dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan. Orang yang mempunyai riwayat keluarga penderita depresi, bunuh diri, atau pecandu alkohol mempunyai risiko untuk menderita depresi (Kaplan & Sadock, 2015). Orang-orang dengan kepribadian depresif, sering menutup diri, mudah cemas, hipersensitif, dan bergantung pada orang lain mempunyai risiko menderita depresi atau orang-orang dengan kepribadian terganggu seperti OCD, histrionik, dan lain-lain.

Stressor psikososial yang traumatis sehingga menekan seseorang untuk sulit beradaptasi yang dapat disebabkan oleh peristiwa seperti pertengkaran besar, kesulitan ekonomi, ancaman keamanan dapat menjadi faktor risiko terjadinya depresi (Kemenkes, 2020). Yang terakhir adalah kehidupan yang tidak sehat, adanya penyakit kronis seperti kanker, stroke, penyalahgunaan obat-obatan tertentu dan alkohol dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi (NIH).

## 2.9. Tatalaksana

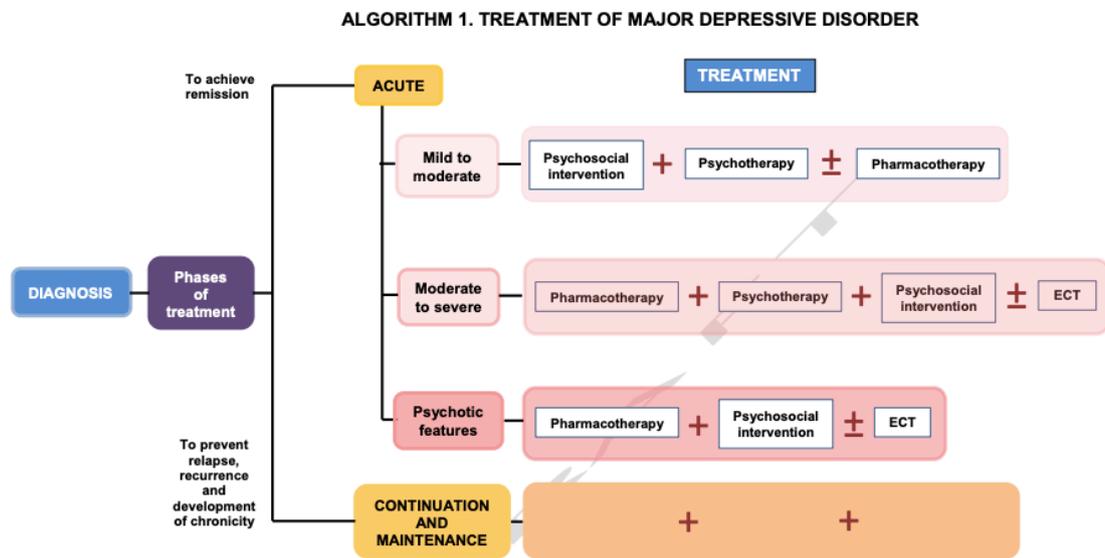
Gangguan Depresi adalah salah satu gangguan kesehatan mental yang bisa diobati dan sebanyak 80 sampai 90 persen dengan depresi berespon baik dengan terapi yang diberikan dan gejala-gejala lebih berkurang (APA, 2020). Tujuan terapi depresi adalah untuk meminimalisir efek samping, menurunkan jumlah gejala, memastikan pasien patuh dalam proses pengobatan, membantu pengembalian ketinggian fungsi sebelum depresi dan mencegah episode lebih lanjut (Sukandar *et al.*, 2009).

Penatalaksanaan yang tepat untuk penderita depresi didahului oleh komprehensif asesmen atau evaluasi seperti mengambil detail riwayat kehidupan pasien, pemeriksaan fisik pasien, dan pemeriksaan kesehatan mental pasien. Riwayat pasien harus melibatkan informasi dari semua aspek, khususnya dari keluarga pasien (Gautam *et al.*, 2017).

Setelah itu mendirikan diagnosis yang tepat menggunakan kriteria diagnostik yakni DSM-V atau PPDGJ-III. Akan ada beberapa pasien yang membutuhkan terapi kombinasi dari farmakoterapi dan psikoterapi, tetapi tetap harus dipertimbangkan secara matang sebelum melakukan pilihan tersebut. Pengobatan depresi dibagi menjadi tiga tahapan yang wajib dipertimbangkan:

1. Fase Akut: tujuan dari fase ini adalah untuk mencapai remisi, perawatan fase akut umumnya menimbulkan peningkatan kualitas hidup dan kemampuan fungsional yang lebih baik. Fase ini berjalan selama 6 sampai 10 minggu.
2. Fase lanjutan: tujuan dari fase ini adalah untuk mempertahankan hasil pengobatan dari fase akut, mengeliminasi gejala yang tersisa, dan menghindari relaps. Fase ini berjalan selama 4 sampai 9 bulan.

3. Fase perawatan: tujuan dari fase ini adalah mencegah relaps dan biasa dipertimbangkan untuk penderita episode depresif berulang. Fase ini berlangsung selama 12 sampai 36 bulan.



Gambar 2.1. Alur penataksanaan depresi (MaHTAS, 2019).

## 2.10. Farmakologi

Obat antidepresan digunakan sebagai modalitas pengobatan awal untuk pasien dengan depresi ringan, sedang, dan berat. Mekanisme antidepresan adalah untuk menghambat *reuptake aminergic neurotransmitter* dan menghambat penghancuran oleh enzim *monoamine oxidase* yang meningkatkan *aminergic transmitter* pada celah sinaps neuron di sistem saraf pusat seperti reseptor serotonin. Penggunaan antidepresan harus berdasarkan riwayat pasien terhadap respon obat, riwayat keluarga terhadap respon obat, derajat keparahan depresi, potensi terjadinya interaksi obat, efek samping, dan biaya obat (Gautam *et al.*, 2017).

Golongan obat antidepresan diklasifikasikan berdasarkan mekanisme kerja masing-masing, mereka adalah *tricyclic antidepressants (TCA)*, *monoamine oxidase Inhibitors (MAOI)*, *selective serotonin reuptake inhibitors*

(SSRIs), dan golongan lainnya.

1. *Selective serotonin inhibitors* (SSRI):

SSRI adalah antidepresan lini pertama untuk sebagian besar pasien dengan depresi karena hasil yang efektif dan tingkat toleransi yang lebih baik dibandingkan dengan antidepresan lainnya (Edinoff *et al.*, 2021). SSRI bekerja dengan menghambat pengambilan kembali neurotransmitter serotonin, sehingga memungkinkan lebih banyak lagi untuk tetap berada di situs reseptor untuk meningkatkan suasana hati seseorang. Penggunaan SSRI sudah di akui untuk penyakit diluar depresi dikarenakan hasil yang memuaskan, contohnya seperti untuk mengatasi fibromyalgia, ejakulasi dini, dan sinkop atau pingsan neurokardiogenik (Sabella, 2020).

Contoh obat: Paroxetine, fluoxetine, citalopram, sertraline.

2. *Tricyclic antidepressants* (TCA)

TCA menghambat reuptake dari norepinefrin dan serotonin pada membran presinaptik sehingga meningkatkan jumlah neurotransmitter tersebut di celah sinaptik dan memberi efek antidepresif. Penggunaan TCA harus dipertimbangkan karena sudah tidak lagi direkomendasikan sebagai lini pertama dikarenakan efek sampingnya seperti mulut kering, penurunan ingatan, konstipasi, retensi urin, takikardi, dan lain-lainnya (Moraczewski and Aedma, 2022).

Contoh obat: Amitryptiline, imipramine, clomipramine, doxepin.

3. *Monoamine oxidase* (MAOI)

Meskipun MAOI adalah antidepresan pertama yang diperkenalkan, mereka bukanlah pilihan pertama dalam mengobati gangguan kesehatan mental karena adanya beberapa interaksi makanan, efek samping, dan masalah

keamanan. MAOI hanya merupakan pilihan pengobatan ketika semua obat lain tidak berhasil (Laban and Saadabadi, 2022). Obat dalam kelas ini menghambat pelepasan enzim oksidase monoamine. Jika enzim tidak dilepaskan, ia tidak dapat memecah neurotransmitter serotonin dan norepinefrin, sehingga memungkinkan lebih banyak jumlahnya yang tersedia untuk sistem saraf, yang meningkatkan suasana hati (Sabella, 2020).

Contoh: Selegiline, Moclobemide, Tranylcypromine, Isocarboxazid, Phenelzine

#### 4. Golongan lain.

Golongan beberapa obat antidepresan lain yang tidak termasuk golongan diatas dan mempunyai mekanisme sendiri, adalah *serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors* (SNRIs), *norepinephrine–dopamine reuptake inhibitors* (NDRIs) dan *serotonin-2 antagonist reuptake inhibitors* (SARIs), dan *atypical antidepressants, tetracyclics* (Sabella, 2020).

#### **Jenis Obat Antidepresan, Dosis dan Efek Samping**

Nama Obat	Dosis Harian (mg)	Efek Samping
SSRI Escitalopram Fluoksetin Sertralin Fluvoksamin	20-60 10-40 50-150 150-300	semua SSRI bisa menimbulkan insomnia, agitasi, sedasi, gangguan saluran cerna dan disfungsi seksual
Trisiklik/Tetrasiklik Amitriptilin Maprotilin Imipramin	75-300 100-225 75-300	antikolinergik

Nama Obat	Dosis Harian (mg)	Efek Samping
SNRI Duloksetin Venlafaksin	40-60 150-375	mengantuk, kenaikan BB, hipertensi, gangguan saluran cerna
RIMA Moklobemid	150-300	pusing, sakit kepala, mual, berkeringat, mulut kering, mata kabur
NaSSA Mirtazapin	15 - 45	somnolen, mual
SSRE Tianeptin	12.5 – 37.5	somnolen, mual, gangguan kardiovaskular
Melatonin Agonis Agomelatin	25 - 50	sakit kepala

Gambar 2.2. Daftar jenis obat antidepresan (Menteri Kesehatan, 2015).

## 2.11. Non Farmakologi

### 1. *Psychotherapy*

Psikoterapi atau dapat disebut “*talk therapy*” adalah terapi yang digunakan untuk mengobati depresi ringan dan sedang, tetapi untuk depresi sedang menuju berat diberikan bersama obat antidepresan (Gautam *et al.*, 2017; APA, 2020). Gambaran klinis yang terlihat dengan pengguna psikoterapi adalah adanya stressor psikososial yang signifikan, konflik intrapsikis, kesulitan intrapersonal. Pendekatan psikoterapi yang mempunyai efek terbaik menurut beberapa literatur dalam membantu depresi adalah *Cognitive Behavioral Therapy* atau CBT dan *Interpersonal Therapy* atau IPT. (Gautam *et al.*, 2017).

CBT menggunakan cara *problem solving* dengan mengubah cara berfikir, berawal dari dapat mengidentifikasi pikiran yang negatif sampai merubah cara berfikir dan berlaku dan menghasilkan respon positif apabila bertemu dengan tantangan (APA, 2020). Beda dari CBT, IPT berfokus pada konflik hubungan interpersonal, konflik tersebut dapat berupa kehilangan

pekerjaan atau orang, hubungan yang menyakitkan, atau kesulitan dalam memulai memelihara hubungan dengan orang lain. IPT berjalan selama 12 sampai 16 minggu dengan terapi yang berfokus pada rasa empati ke pasien dengan tidak menghakimi pikiran pasien sehingga pasien merasa dipahami, setelah itu terapis akan melatih pasien untuk menghadapi konflik dengan benar (Markowitz and Weissman, 2004).

Contoh terapi lainnya: CBT, IPT, Supportive, BT (*Behavioral Therapy*), MT (*Marital Therapy*), Family therapy, dan BPD (*Brief Psychodynamic Therapy*).

## 2. *Psychosocial intervention*

Intervensi psikososial melibatkan edukasi mengenai depresi dan perawatannya. Hal ini dapat diperkenalkan pada semua pasien dan pada anggota keluarga yang terlibat. Intervensi ini dapat berbentuk seperti pengiriman materi selebaran, email atau situs web informasi, dan intervensi kelompok dengan latihan dan bimbingan dari terapis (Donker *et al.*, 2009). Pendidikan mengenai pilihan pengobatan yang ada juga bisa membantu pasien membuat keputusan sendiri, mengantisipasi efek samping yang akan datang dan mematuhi cara konsumsi pengobatan (Gautam *et al.*, 2017).

## 3. *Physical therapy*

*Electroconvulsive Therapy* atau ECT adalah prosedur yang dianjurkan untuk penderita gangguan depresi berat dan resisten terhadap terapi depresi lain (APA, 2020). ECT berfokus dengan pemberian rangsangan listrik pada otak setelah diberikan anestesi untuk menghasilkan kejang umum. Pengguna terapi ECT akan mengalami lebih banyak sakit kepala dan nyeri otot sehingga terapi ini berbeda dari terapi lain. Meskipun pertama kali diperkenalkan lebih

dari setengah abad yang lalu, terbukti tidak berbahaya dan efektif, penerapan ECT masih dalam angka yang rendah dan sering digunakan sebagai upaya terakhir dalam mengobati gangguan mental yang berat seperti depresi atau gangguan bipolar, dan lain-lainnya ( Li *et al.*, 2020; Menteri Kesehatan, 2015).