

INDONESIAN PSYCHIATRIC QUARTERLY

JIWA

MAJALAH PSIKIATRI

Editorial Board: 1999/2000

ISSN 0903-0797

For advertising, contact:
Editorial Board, Department of
Psychiatry, Faculty of Medicine,
Universitas Indonesia, Jakarta

JIWA Volume 28 No. 4

Gangguan Jiwa Pada Perempuan

Editorial Board: 1999/2000
Universitas Indonesia, Jakarta

5

JIWA

MAHASARANA PERIKAWATI

INDONESIAN PSYCHIATRIC QUARTERLY

Terbitan triwulanan berbahasa Inggris, berbahasa dan perkembangan Ilmu bedah jiwa, Psikologi dan farmakologi jiwa di Indonesia

OCTOBER 2009 Jilid 33.11 No. 4

Penulis:	: Yayasan Kesehatan Jiwa "Dharma Jiwa" Jl. Darmaswarga Raya No. 1A, Blok 7 E Kebayoran Baru, Telp. 021-7350464
Koran Penerbit:	: Prof. Dr. dr. B. Kusumadewi, SpKJ
Manajemen Penerbit:	: dr. Marsada Djumadikoro, SpKJ
Koran Pengelola:	: dr. Dharmajiwa, SpKJ
Koran Penyunting/ Bereslagang Jarak:	: dr. Teo Santiahi Bastuaran, SpKJ
Staff Penyunting:	: dr. Agus Triandhi Waryo T, SpKJ dr. Nishita Hono, SpKJ dr. Adhita Sandora, SpKJ
Adviser Editor:	: Prof. dr. Soekanto Adikusno, SpKJ (Colombia) Dr. dr. M. Tolib Husein, SpKJ (Malawi) dr. Nurdin Anis, SpKJ (Malawi) dr. Herliat, SpKJ (Colombia) dr. Ruzma B. Dharma, SpKJ (Malawi) dr. Suro Dharmaono, SpKJ (Colombia) dr. Alton Muzandi, SpKJ (Malawi) Dr. A. A. A. Karyawati, SpKJ (Malawi) Prof. Dr. dr. I.A. Hayati, Lokawigara, SpKJ (Malawi) Dr. dr. M. Muzandi, SpKJ (Malawi) Prof. Dr. Muz Zaini Amdin, SpKJ (Bandung) dr. Sy. H. Chikkipati, SpKJ (Bandung) dr. Nadi Sumpama Jaya, SpKJ (Bandung) dr. H. David Yusuf, SpKJ (Bandung) Prof. Dr. dr. Saesah, SpKJ (Bandung) Prof. Dr. dr. Saesah I Hedi, SpKJ (Bandung) dr. G. A. Dharma, SpKJ (Bandung) dr. Denny Denny, SpKJ (Bandung)

PELUNJUK UNTUK PENGARANG

Majalah *Ilmu* menerima manuskrip karya tulis dari dosen dan mahasiswa sebagai berikut:

1. Masalah yang diteliti oleh Magisat. Dua pendekatan telah pernah dipublikasikan di media lain dan dianggap telah bersifat kepopuleran. Bila pengarangnya telah lebih dari dua terbitannya sebagai pengarang, maka Magisat dan sejenisnya tidak diutamakan untuk pengarang-pengarang baru. Tetapi pengarang yang dianggap telah diteliti oleh yang lainnya. Tetapi pengarang yang dianggap masih baru akan dianggap sebagai penulis-penulis baru. Harapannya juga diutamakan bahwa para pengarang sebaiknya menulis manuskrip yang terdapat dalam pengantar Magisat.
2. Masalah yang ditulis dalam artikel adalah jenis penelitian yang memiliki nilai tambah karena memiliki pembaruan penelitian, tidak hanya di luar konteks pokok pengantar dalam bentuk esai-penelitian umum.
3. Bila pengarang telah menulis lebih dari satu artikel, bentuk artikel ilmiah tidak boleh lebih dari satu artikel per disiplin penelitian, kecuali artikel yang dipublikasikan.
4. Pengantar ilmiah dan karya yang memuat hal-hal yang berkaitan dengan penelitian dianggap kurang menarik, kecuali bila ada hal yang baru.
5. Harapannya jumlah kata untuk judul masalah diusahakan hanya sebanyak maksimum 12 kata saja.
6. Masalah-konsep yang diteliti dan ditulis dalam Magisat *Ilmu* merupakan artikel Magisat *Ilmu*. Nama diberikan kepada artikel yang diterbitkan dalam pengantar *Ilmu* dan Magisat *Ilmu* yang diterbitkan, dan artikel dari pengantar *Ilmu* akan memiliki kepopuleran yang signifikan.
7. Masalah yang diteliti akan dikaji secara komprehensif, dan memberikan pembaruan dengan disertai konsep-pembaruan dan terapan dalam kehidupan masyarakat.
8. Artikel yang diterbitkan akan diterima, baik yang terdapat pada 50-judul *Ilmu*. Penulisannya dan jumlah kata media lainnya karena masalahnya tidak cukup.

Tari Raklat	41
Tinjauan Pustaka	
• Mengenal Gangguan Mood Pada Perempuan	43
• Berjuang dengan SK (sakit)	48
• Depresi Pada Perempuan	49
Riset	
• Aspek Raklat Tari Dalam Upaya Kelangka Minat Perempuan di Sekolah	49
Tinjauan Pustaka	
• Mengenal Kesehatan Dalam Perawatan Dengan Cognitive Behavioral Therapy (CBT)	57
• Belajar Dari Pak Persepsi	71
• Peran Cerdas dalam Psikologi Pada Riset Sifat	81

Mengenal Gangguan Mood Pada Perempuan

Margareta M. Mannila*

Pendahuluan

Mood Disorders (pada beberapa tulisan disebut sebagai Affective Disorders) atau Gangguan Mood adalah sekelompok gangguan mental dengan ciri utama yang menonjol adalah gangguan mood, apakah sebagai atau sangat berlebihan hingga ekstrem, mengalami perubahan secara terus-menerus. Mood adalah suasana perasaan yang dirasakan di dalam diri, relatif

Tidak ada pemisahan untuk membedakan seseorang menderita dan tidak menderita karena ia menjadi kronis, maka menjadi lebih kronis dan seterusnya, juga dapat terjadi komorbiditas. Oleh karenanya gangguan ini masih kurang dimasukkan dan didiagnosis.

menetap dan dapat diekspresikan keluar. Sindroma atau kumpulan gejalanya pada umumnya tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya. Namun demikian, gangguan mood dapat juga terjadi berdasarkan penyebabnya misalnya gangguan mood karena pemisahan antara ganggu-

an mood yang terjadi karena faktor psysikis medis atau fisik.

Hal ini keadaan alamiah 'normal', suasana perasaan dalam diri dapat berfluktuasi, namun bila fluktuasinya ringan dan sesaat, maka tidak mengganggu. Namun bila berfluktuasi lebih tinggi dan lebih sering serta menegang, maka akan berdampak pada diri dan perilaku serta perasaan, hingga dapat menimbulkan

*Dokter jiwa di MAFS, dan di rumah sakit jiwa di Helsinki, Finlandia. Spesialis Perilaku dan Dokter Spesialis Ginekologi dan Obstetri di Helsinki, Finlandia.

berdiskusikan dengan teman yang berespon dengan siapa saja. Hal ini terjadi, maka dapat merupakan tanda dan gejala dari Gangguan Mood.

Individu yang mengalami gangguan mood hanya sedikit yang bebobot kepada dokter bila merasakan keluhan gejala. Lebih sering datang berobat kepada dokter di pelayanan primer dan datang dengan keluhan sematik/fisik. Profesi dari kesehatan sering masih mendominasi pada orang dewasa yang didominasi sekitar 50%, bahkan lebih pada orang-orang hamil. Jadi, bila seorang perempuan mengeluh depresi atau tampak depresi atau mengeluh bahwa ia tidak seperti biasanya, dokter yang biasanya memusatkan kerangannya gangguan depresi atau merujuk untuk evaluasi. Biasanya depresi dapat sering dihubungkan dengan penyakit kronis yang sesungguhnya, namun perbedaan ini perlu diperhatikan. Tidak ada pembatasan untuk menentukan seseorang menderita dan tidak diobati, karena bila menjadi kronis, maka menjadi lebih sulit untuk diteliti, juga dapat terjadi komplikasi. Oleh karenanya gangguan ini masih sering diabaikan dan tidak diteliti.

Angka kejadian gangguan depresi mayor pada perempuan 7 kali lebih banyak dibandingkan pada pria, khususnya selama masa usia subur. Angka kejadian semu untuk gangguan depresi pada perempuan sebesar 71,5% dibandingkan pada pria 12,7%. Untuk gangguan bipolar angka kejadian untuk pria dan perempuan hampir sama, mengenai 1/3-empang tidak pria jika perempuan. Namun, gangguan bipolar episode depresi lebih sering terjadi pada perempuan. Perilaku normal yang berhubungan dengan reproduksi meningkatkan risiko gangguan episode depresi ini.

Data dari Global Burden of Disease Study (WHO, 2018) menunjukkan gangguan depresi unipolar merupakan penyebab ke-4 teratasnya beban antara penyakit di antara seluruh penyakit dan penyebab utama disabilitas beban antara penyakit di antara gangguan neuropsikiatrik pada semua tingkat kelompok usia dewasa

negara dan pada semua kelompok usia seperti tabel di bawah ini. Satu DALYs (the Disability-Adjusted Life Year) menunjukkan kehilangan yang ekwivalen dengan tahun kehidupan individu dalam

Disease category	DALYs (millions)	Percent of total DALYs
1. Lower respiratory infections	94.5	6.5
2. Diarrhoeal disease	72.6	4.8
3. Unipolar depressive disorders	65.5	4.3
4. Ischaemic heart disease	62.6	4.1
5. HIV/AIDS	55.9	3.8
6. Cardiovascular disease	45.6	3.1
7. Stunted and low birth weight	44.2	2.9
8. Birth asphyxia and birth trauma	42.9	2.9
9. Road traffic accidents	41.8	2.7
10. Secondary infections and other	40.6	2.7
11. Tuberculosis	34.2	2.3
12. Malaria	33.0	2.2
13. COPD	30.2	2.0
14. Refractive errors	27.7	1.8
15. Hearing loss, unilateral	27.4	1.8
16. Congenital anomalies	25.3	1.7
17. Alcohol use disorders	25.2	1.6
18. Violence	21.7	1.4
19. Diabetes mellitus	19.7	1.3
20. Self-harm and suicide	17.6	1.1

* COPD, Chronic obstructive pulmonary disease. This category also includes other non-infectious causes of death in the perinatal period apart from prematurity, low birth weight, birth trauma, and asphyxia. These non-infectious causes are responsible for about 20% of DALYs shown in this category.

Data diambil dari World Health Organization, The Global Burden of Disease-update 2004, WHO 2005.

Country	High income			Middle income			Low income		
	Total	15-44	15-29	Total	15-44	15-29	Total	15-44	15-29
Population (millions)	377	173	107	324	173	148	247	141	106
	3007	3007	3007	3007	3007	3007	3007	3007	3007
TOTAL DATA	22051	9541	6537	17085	10051	7343	22051	9541	6537
Menopausal disorder	4766	2174	1392	4681	2181	1408	7534	4007	3049
Major depressive disorder	887	38	204	2860	216	1197	2845	177	2274
Bipolar affective disorder	126	6	104	911	68	478	384	158	386
Schizophrenia	124	7	108	347	28	286	572	44	327
Alcohol use disorder	325	18	177	787	67	328	411	181	230
Autism spectrum disorder	412	37	407	1400	101	1407	401	136	467
Attention deficit hyperactivity disorder	412	37	407	477	39	438	396	28	368
Personality disorder									
Anxiety disorder	654	8	191	673	11	281	345	4	35
Mental substance use disorder	212	2	28	118	17	61	47	32	47
Depressive episode	1184	23	1264	184	13	212	1138	37	298
Post-traumatic stress disorder	112	4	30	167	10	107	138	30	137
Uterine leiomyomas (fibroids)	57	15	37	362	12	103	323	35	187
Premenstrual syndrome	78	13	33	382	14	311	282	107	175
Menstrual cycle irregularity	78	9	43	142	11	108	125	11	114
Menopause	147	17	130	112	13	100	211	137	74

Table 4.10.10.1. World Health Organization, The Global Burden of Disease Report 2010. WHO 2010.

Pada perempuan khususnya, gangguan depresi meliputi juga menidi penyakit paling tinggi terdapatnya beban penyakit di semua seluruh negara pada usia 15-44 tahun di semua kelompok usia pada negara dengan sosial ekonomi tinggi dan menengah-rendah.

Pada perempuan, gangguan mood menjadi lebih menonjol dengan adanya peran hormon-hormon perempuan. Pada berbagai titik waktu sepanjang masa siklus reproduksi, perempuan dapat mengalami gangguan depresi. Perubahan dramatis dan bertahap seperti estrogen dan progesteron yang terjadi selama siklus menstruasi dan selama kehamilan dan kelahiran menjadi faktor utama yang berkaitan dengan gangguan mood pada perempuan. Pada beberapa perempuan, fase awal dari siklus menstruasi dapat

berlainan dengan gejala mood dan perilaku atau perubahan dari kondisi mood sebelumnya. Sehingga seseorang mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk menjadi depresi atau pertunahan dari kondisi tanpa gejala sebelumnya atau mengalami depresi berulang pada masa selama kehamilan, setelah melahirkan dan masa transisi menopause (perimenopause) hingga menopause. Depresi yang terjadi saat masa menopause disebut sebagai involuntar depression. Oleh karena itu, wanita umum perimenopause mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk mengalami berbagai gangguan psikis, khususnya gangguan mood menjelang menarasi, saat kehamilan dan setelah kehamilan, juga menjelang masa transisi menopause. Demikian pula lebih berisiko kembalihan pada periode-periode tersebut. Pengakuan gejala sendiri mungkin dan penanganan segera dengan cara yang tepat akan sangat membantu.

Pada kesempatan ini akan dibahas tentang etiologi secara umum dan gambaran penyakit yang termasuk yaitu Gangguan Depresi Mayor, Gangguan Bipolar, Subtype dari gangguan mood yang lebih jarang seperti Dystimia, Seasonal Affective Disorder (SAD), juga depresi atipikal dan siklusimia tidak dicantumkan pada kesempatan ini. Gangguan mood yang berkaitan dengan perubahan hormon seperti Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) atau PMDD?, gangguan mood pada melahirkan dan post menopause akan dibahas pada tulisan lain.

Faktor-faktor yang berperan

Gangguan mood secara umum dicetuskan oleh berbagai faktor seperti faktor biologis yang dapat berupa kerentanan genetik, yang mempengaruhi tingkat simbaran, berbagai zat kimia/di otak, faktor psikologis yang berupa kejadian-kejadian yang dipelajari dan direpsa dengan tidak "terkuatangkai" dan tidak dapat faktor sosial yang berperan adalah kurang dukungan beresat interpersonal secara optimal serta berbagai kejadian sosial

yang kurang dapat diukur secara "mengotomatiskan" dan terjadi dengan metabolik.

Faktor biologis

Teori biologik berfokus pada perubahan struktur dan fungsi dari otak termasuk neurotransmiter, acetylcholinesterase dan volume serotonin, noradrenalin, growth dan fungsi reproduktif (Kometen, 1997 dalam Hull, 2002). Banyak dari studi pada anak kembar, menunjukkan pola peran faktor komponen genetik pada gangguan mood. Secara umum gangguan genotipek mengena banyak gen dan banyak faktor (multifactorial polygenic inheritance). Faktor genetik menyelidiki korelasi dari metabolisme sel saraf, yaitu modelnya berfokus 231 kromosom di otak sebagai penerima sinyal dan pemodifikasi sinyal, seperti neurotransmitter, noradrenalin dan noradrenalin merangsang terganggu atau tidak sempurna.

Komponen terbesar dari kimia yang berpengaruh pada gangguan mood pada perempuan adalah perubahan hormonal sepanjang siklus kehidupan yang secara langsung maupun tidak langsung berespek pada semua pemrosesan. Estrogen dan hormon reproduktif mempengaruhi semua reseptor neurotransmitter, noradrenalin dan sistem serotonin.

Karena perbedaan prevalensi depresi antara pria dan perempuan hanya pada era dewasa dan tidak pada masa remaja, maka diperkirakan bahwa perubahan biologik yang terjadi antara pubertas sebagai predisposisi terjadinya gangguan mood. Perubahan dari perkembangan seksual, dengan diri seksual sekunder pada saat pubertas mempengaruhi perkembangan endokrin dan pria dan perempuan. Perempuan merasa kurang nyaman dengan adanya perubahan fisik yang terjadi seperti masa siklus dan menstruasi, peningkatan berat badan, dan jumlah lemak. Remaja pria maupun perempuan yang tidak merasa puas dengan tubuh mereka lebih mungkin mengalami gangguan mood dan karena perempuan lebih cenderung merasa tidak puas dengan

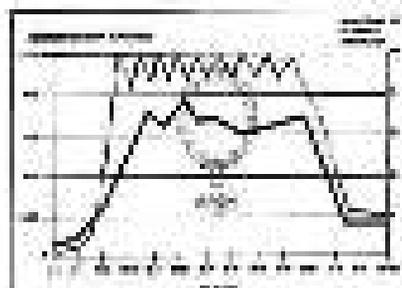
fiiknya, maka lebih mudah mengalami depresi. Uter yang kromok karena mempunyai vilitas yang negatif berkontribusi terhadap perasaan tak berdaya dan depresi (McCarthy, 1990).

Diperhatikan bahwa perbedaan kadar jender terdapat pada struktur saraf termasuk volume otak, morfologi sarkit dan tipe dan jumlah sinaps. Perbedaan karena jender ini sangat menonjol pada area tertentu seperti struktur yang diuara terlibat dalam regulasi normal dan abnormal perasaan dan perilaku, seperti kepribadian, amigdala dan kortex dan ini dapat menjadi kontribusi pada angka kejadian gangguan mood pada pria dan perempuan (Rothchild, Lenkey, 1992).

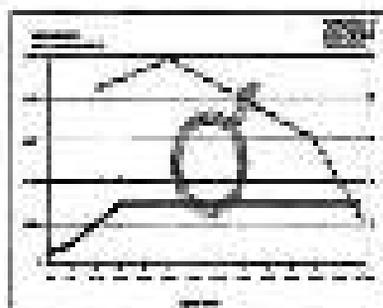
Yang paling populer adalah disfungsi hormon ovarium, estrogen dan progesteron. Hormon estrogen sebagai yang bertanggung jawab terhadap perbedaan jender dalam fungsi kognitif, memori dan proses belajar dan kedengaran, estrogen dan progesteron dapat mempengaruhi suasana dan perilaku dengan mempengaruhi serpinin, serotonin, dopamin dan asetilkolin (Lipson, 1997). Estrogen memunculkan kadar serotonin oksidase dan catechol-O-methyltransferase (enzim metabolisme katekolamin), meningkatkan metabolisme dopamin dan menurunkan densitas reseptor adrenergik di kortex dan mempromosikan ambang kejenuhan. Sebaliknya, progesteron menurunkan kadar neurotransmitter dan catechol-O-methyltransferase, meningkatkan metabolisme serotonin di daerah limbik dan meningkatkan ambang kejenuhan (Pajer, 1993).

Perempuan mengalami perubahan estrogen sepanjang siklus bulatannya dan dalam kaitan dengan berbagai kejadian yang berhubungan dengan siklus reproduksi. Karena kadar estrogen meningkat di awal siklus, maka episode pertama depresi sering terjadi pada masa ini pula. Sering episode ini tidak terdeteksi dan tidak diekspansi. Walaupun efikasi antidepressan belum terdokumentasi dengan baik namun umur di bawah 18 tahun. Peringatan untuk episode depresi yang pertama pada remaja per-

diambil. Telah kasangkahan dan kekebalan tubuh penerapuan yang diberikan oleh Song Panzeta



Gambar 1.10. Kurva konsentrasi hormon tiroksin (T₄) dan triiodotironin (T₃) pada penerapuan. Kurva yang menunjukkan konsentrasi hormon tiroksin (T₄) dan triiodotironin (T₃) pada penerapuan. Kurva yang menunjukkan konsentrasi hormon tiroksin (T₄) dan triiodotironin (T₃) pada penerapuan.



Gambar 1.11. Kurva konsentrasi hormon tiroksin (T₄) dan triiodotironin (T₃) pada penerapuan. Kurva yang menunjukkan konsentrasi hormon tiroksin (T₄) dan triiodotironin (T₃) pada penerapuan.

Sedua grafik diambil dari Subi SM, Subi's Biostat. Psychopharmacology: Molecular Basis and Practical Applications, 2nd ed. Cambridge University Press, 2018

Pada penerapuan, sistem sumber tiroid (hipotalamus-pituitary-tiroid axis) mungkin berkolaborasi erat dengan sistem reproduksi. Pada penerapuan yang hipogonadal, seperti hormon stimulasi tiroid (TSH) terhadap tiroisipin relasing hormon (TRH) kurang. Bila diberikan hormon reproduksi seperti hormon lutealizing-gonadotropin (hCG), maka respons peningkatan TRH meningkat. Sebaliknya pada pria yang hipogonadal, tidak terjadi pengurangan respons seperti pada penerapuan dan pemberitahuan hormon reproduksi tidak terjadi peningkatan respons seperti pada penerapuan. Pada penerapuan, peningkatan respons TSH terhadap TRH juga terjadi pada pemberitahuan gonadotropin oral. Dari kenyataan ini, maka penerapuan mungkin lebih rentan pada hambatan pada tiroid, yang menjadi prekursor pada siklus cepat dari metastasis dan sangat responsif terhadap terapi dengan hormon tiroid. Pemberian hormon tiroid dapat meningkatkan siklus cepat pada beberapa

perempuan namun tidak pada pria. Di samping itu, perempuan mempunyai insidensi penyakit mood 10 kali lebih tinggi daripada pria dan lebih dari 90% pasien mengalami hipotroid karena penyalahgunaan adalah perempuan.

Faktor Psikologis

Distorsi kognitif dapat memprediksi gangguan mood. Distorsi kognitif berupa reaksi atau respons tidak logis dan maladaptif terhadap pengalaman kehidupan awal yang tidak menyenangkan yang menyebabkan perasaan tidak kompeten dan tidak berharga, yang akan berkontribusi kembali jika ada suatu keadaan yang mengancam keabadian masa lalu yang pernah dialami. Distorsi kognitif dapat berupa tipe berpikir yang tidak logis seperti arbitrary inferences, suatu bias kognitif dimana individu selalu cepat menganggap kemungkinan terburu-buru yang nyata, selective abstraction, suatu bias kognitif dimana sebagai detail diabaikan dan hanya detail negatif yang diambil sebagai fokus berpikir yang menggeneralisasi keberhasilan (overgeneralization), melihat dan menilai negatif, membesar-besarkan (magnification) atau mengecilkan (minimization). Pada proses kognisional salah konsep atau informasi yang menyebabkan keadaan mood yang negatif.

Faktor lain adalah keterbacaan dari perempuan yang berkaitan terhadap depresi, akibat lebih mudah menghadapi masalah dengan mal bukan prosesnya dalam belasi interpersonal, lebih menginternalisasi perasaannya dan cenderung menyalahkan dirinya sehingga mengakibatkan lebih menderita pada kejadian kehidupan dan mudah mengalami depresi. Perempuan lebih sering mengulang-ulang terhadap kejadian yang menyebabkan distress ditandang pria. Penelitian lain menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami kondisi seksual masa kecil, penelitian seksual dan perkosaan lebih mungkin untuk menjadi depresi daripada perempuan yang tak mengalami hal itu.

Faktor Sosial

Kesulitan dalam relasi interpersonal dapat menyebabkan gangguan mood. Hubungan antara depresi dan relasi yang bermasalah dapat menjelaskan mengapa perempuan lebih mudah terkena depresi pula. Karena perempuan lebih berorientasi kepada relasi yang baik.

Faktor lain yang berperan adalah status sosial dan peran perempuan yang rendah, stres kehidupan, koefisien muskularitas dan coping styles yang maladaptif. Hasil penelitian didapatkan bahwa perempuan lebih mudah terkena stres kronik yang berhubungan dengan rendahnya upah, pekerjaan yang mereboreskan, pembatasan mobilitas dan konflik rumah tangga dan tekanan sebagai pekerja. Perempuan mengalami peningkatan tekanan sosial dan keluarga untuk menikah dan mempunyai anak, juga mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas dan pekerjaan yang bernilai "kepekerjaannya". Perempuan yang non-acculturated dan diimigrasikan dalam peran, aktivitas dan pekerjaan keperempuanan, semua mengalami penyesuaian yang lebih mudah dan stress sosial yang lebih rendah serta penyesuaian mobilitas sehingga mereka tak berbeda dan perempuan. Paykel (1991) meneliti perempuan yang menaruh perhatian pada depresi dan penyakit mental yang lebih tinggi dibandingkan yang tidak menaruh.

Gangguan depresi mayor

Setelah orang dapat merasa depresi pada suatu waktu dalam kehidupannya. Namun perasaan depresi tidak serta dengan penyakit depresi atau gangguan depresi secara kronis. Sebagai contoh: seorang perempuan sulit berkonsentrasi, dimana pada kondisi normal, dia dapat berhitung selama beberapa jam, namun saat kondisi depresi dia mengalami masalah untuk mengartikan kalimat dan berkonsentrasi, memerlukan waktu yang lama untuk menyelesaikan belajar misalnya karena tidak dapat mengartikan kalimat apa yang harus dibaca. Keadaan ini sah saja untuk gejala depresi.

Beberapa studi dalam 10 tahun terakhir menunjukkan angka kejadian yang tinggi dari depresi pada perempuan. Pada kenyataannya satu studi menunjukkan 21,3% dari perempuan lebih mengalami paling sedikit episode depresi mayor pada saat mereka dalam kehamilannya. Lebih lanjut dalam studi epidemiologi yang dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan sekitar 50% perempuan telah mengalami episode depresi mayor dalam periode kehamilannya tidak termasuk penyakit depresi yang lain.

Perempuan mengalami risiko lebih besar untuk terjadinya depresi mayor dibandingkan pria, risiko perenatan pada adalah sebesar 2:1. Studi di Amerika menunjukkan bahwa 7% dari perempuan mengalami depresi dibandingkan dengan hanya 3% pada pria, juga angka yang sama di beberapa pada berbagai seperti Estremia, Kanada, Puerto Rico, Paris dan Jerman Barat. Yang patut menarik adalah dimana saja studi dilakukan, depresi mayor kebetulan depresi pada perempuan lebih tinggi daripada pria seperti grafik di bawah ini:



Figure 1. Prevalence of major depression by age and sex.

Source: Minkovitz et al. (2001) reproduced with permission from Elsevier.

Griffin J, and Swin TC, Kupfer DJ, Schenberg AP. Textbook of School Disorders. The American Psychological Publishing, 2008, pp. 688.

Manual The Diagnostic and Statistical Manual edisi ke 4 (DSM IV), depresi depresi dianggap bisa diartikan gejala pusing depresi atau kelelahan mental atau keengganan selama paling sedikit 2 minggu, diikuti oleh distress atau ketidaknyamanan yang berlebihan. Bisa ditamabah dengan 4 gejala klasik lain seperti: perubahan berat badan (meningkat atau menurun), perubahan pola tidur (sulit tidur atau tidur berlebihan), agresi psikomotor atau penurunan psikomotor, merasa lelah berlebihan, sulit berfokus atau dia membuat keputusan, merasa tak berharga atau bersalah dan ide bunuh diri. Penderita bisa telah merasa pusing bagaimana seseorang akan mengalami peristiwa negatif individu tersebut. Bisa seseorang menjadi sangat depresi, maka mereka tidak dapat berpikir cara untuk bagaimana mengakhiri hidup, namun mereka mengabaikan kematian. Sering mereka tidak mempunyai keberanian untuk mengalami peristiwa, namun sangat berdaya saat berdaya itu perasaan kematian (suicide suicidal thoughts). Gangguan depresi mayor dapat mempunyai gejala lain seperti: psikosis, depresi dan masa postpartum, serta dapat terjadi kronik.

Untuk mendiagnosis gangguan depresi mayor, harus dipertimbangkan bahwa seseorang telah mengalami gejala-gejala tersebut paling sedikit 2 minggu. Seringkali orang mengalami gejala lebih lama dan mereka sedikit dan sesedurnya, dan orang ini merasa ada gejala lebih baik, namun penyakitnya belum meredakan secara total. Depresi biasanya dapat sembuh sendiri (self healing), bisa belum jauh pada kurban sedang atau parah. Artinya bila seseorang mengalami orang lama, seseorang mampu untuk bisa, depresi dapat berkurang dan kadang dapat menghilang. Biasanya tidak terjadi kesadaran karena sering terlupakan yang disebabkan dan ditanyakan, tetapi gejala dibenarkan sebagai sudah mampu melihat kematian orang lain. Walaupun demikian, seseorang dapat sangat tak nyaman dan bertambah rumit kebutuhan sehari-hari serta berdampak pada perilaku terhadap orang lain menjadi lebih

buruk, saat menyadari terjadinya perubahan secara spontan dan diri sendiri. Pada keadaan lain, pada satu titik, seseorang tidak mengerti lagi mengapa sendiri keadaan depresinya dan akan berjalan makin buruk. Oleh karena itu, depresi menjadi gangguan yang sangat penting untuk dikenali dan agar dapat dengan cepat ditanggulangi dan diobati dengan pengobatan atau lebih cepat.

Gangguan depresi pada perempuan mempunyai gambaran yang spesifik dibanding pria, yaitu (Hall et al., 2002):

- waktu mengalami depresi lebih panjang
- menjadi berhasil kembali berkaitan dengan kejadian reproduktif
- gejala psikis lebih banyak
- lebih dominan gejala somatik
- respons terhadap terapi lebih lambat
- rentan terhadap musim
- sering berkorelasi dengan gangguan psikis lain dan penyakit fisik lain

Gangguan Bipolar

Gangguan Bipolar adalah gangguan mood dimana terdapat perubahan mood dari suatu waktu ke waktu lain, bisa episode mania atau episode depresi. Dapat terjadi secara klasik (dalam setahun satu masa mania dan satu masa depresi) atau lebih cepat berubah dan lebih banyak episode dalam setahun. Siklus yang terjadi dalam setahun > 4 episode disebut siklus cepat (rapid cycling), yang terjadi < 4 episode dalam setahun disebut siklus cepat ultra (ultra-rapid cycling) dan bisa terjadi > 4 episode dalam setahun atau bahkan bergantian dalam sehari disebut siklus ultradian (ultradian cycling). Keadaan mania dan depresi yang terjadi secara bersamaan disebut episode campuran (mixed episode).

Angka kejadian gangguan bipolar pada pria dan perempuan adalah kurang lebih sama. Namun perjalanan penyakitnya berbeda antara pria dan perempuan. Pria lebih cenderung awal memulainya pada masa sekolah menengah perempuan lebih mungkin memulainya

periode depresi. Perempaan yang mempunyai riwayat gangguan bipolar mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk mengalami gangguan psikotik pada masa kemudian, dan 1 dihabiskan 5 hari yang tidak mempunyai riwayat gangguan bipolar menjadi 1 dihabiskan 910 hari yang mempunyai riwayat gangguan bipolar. Sehingga bisa dibuktikan, perlu pemantauan ketat dari dokter untuk mencegah terjadinya.

Walaupun yang mengesampingkan perubahan mood pada perempaan pada saat pertama, bukan untuk secara kronologis. Perubahan lingkungan hormonal mempengaruhi atau memunculkan depresi yang sering pada kasus siklus cepat dari gangguan bipolar. Gambaran gangguan bipolar dengan siklus cepat ini merupakan bentuk yang parah, yaitu dapat terjadi 4 atau lebih siklus perempaan dan masa dari depresi siklus secara 92% dari penderita gangguan bipolar yang siklusnya cepat adalah perempuan. Gangguan mania timbul dan perempaan dengan sindrom depresif galangan tidak diklik dengan gambaran lain merupakan faktor yang dapat menyebabkan bentuk siklus cepat ini. Perempaan lebih mungkin beresambung menjadi siklus cepat ini dihabiskan 5 hari.

Gambaran penyakitnya ialah berupa Bipolar tipe I yaitu dicirikan oleh satu atau lebih keabnormalan mania atau episode campuran, dapat diikuti oleh episode depresi. Bipolar tipe II dicirikan oleh satu atau lebih episode depresi dan diikuti paling sedikit satu episode hipomania (keadaan di bawah mania). Karena episode mania menurut DSM-IV adalah:

1. Periode yang jelas dari peningkatan, perfervan perasaan atau perasaan irritable berakibat paling sedikit 1 minggu
2. Selama periode gangguan mood ini, terdapat 3 atau lebih (atau lebih dari 4 jika perempaan hanya irritable) gejala-gejala seperti di bawah ini, termasuk dua dalam derajad yang bermakna:
 - Peringatan harga diri atau grandiosity;
 - Kebutaan tidur yang memuncak;

- Lebih banyak bicara daripada biasanya atau berbicara terus menerus
 - Ide yang banyak dan berpindah-pindah atau pengalaman subyektif dimana pikiran berputar
 - Distractibility, mudah beralih perhatian pada rangsangan luar yang kurang berarti
 - Peningkatan aktivitas yang berajuran (lebih aktivitas sosial, pekerjaan, sekolah atau seksual) atau peningkatan minat/ketertarikan
 - Keredifbarian yang berlebihan dalam aktivitas yang dapat menguangkan dan berporosi, ketajamannya rasakan kerugian.
3. Gejala-gejalanya tidak memunculi kronis episode campuran
 4. Gangguan mood menyebabkan besarnya yang nyata dalam fungsi operasi atau aktivitas sosial atau relasi dengan orang lain atau memerlukan waktu lama untuk mengatasi bahaya pada diri sendiri atau orang lain atau ada gambaran psikotik
 5. Gejala-gejalanya tidak disebabkan oleh patologi langsung akibat penggunaan zat, pengobatan/terapi, atau konflik masa-masa kronis penyakit fisik.

Gangguan Bipolar pada perempuan mempunyai gambaran spesifik dibanding pria, yaitu (Jilali et al., 2002):

- mengalami lebih banyak dan sering periode depresi dalam siklus bipolarnya
- lebih banyak bersikap tidak dapat bergairah
- lebih banyak bersikap campuran distimik dan mania
- menjadi bersifat kronis berhubungan dengan dekompenisasi pascu melahirkan

Pemuliharaan

Problema gangguan mood di Indonesia belum diketahui pada umumnya masih kurang keadaban dan pengetahuan tentang penanganan mood di Indonesia, sehingga para pautus kesehatan,

di mana masalah psikoneurodiagnostik terus menerus menimbulkan keawaran dirinya sendiri dan sekaligus masyarakat.

Keawaran yang didiagnosa gangguan mood, konfliknya mendapatkan perawatannya segera agar dapat merasai gejala-gejalanya, tidak menimbulkan dampak lebih buruk pada pernyalingnya sendiri, dampak psikososial seperti, pelecukan teman, pasangan dan keluarga, serta stigma sosial yang lebih luas dari masyarakat.

Derajat penanganan farmakologik dan non-farmakologik dapat sudah banyak tersedia, medical yang dapat digunakan berupa antidepressant, pengarah mood (mood stabilizer) dan antipsikotika. Perawatannya non-farmakologik berupa psikoterapi, berbagai jenis psikosepsi dapat dilakukan, bila diperlukan terapi keluarga. Alternatif lain dari perawatannya gangguan mood adalah pemberian suplemen tambahan, tetapi hal yang demikian diperlukan, namun penggunaannya masih jarang dilakukan.

Dengan mengahabi masalah gangguan mood, diharapkan gangguan ini lain terdiagnosa, lebih baik perawatannya dan akhirnya insiden dapat kembali kepada fungsi pelayanan dan sosial serta masyarakat lainnya.

Daftar Pustaka

1. Dal PL, Williams LS, Pines JA, Jacore JD. *Psychiatric Illness in Psychiatry: Emerging Treatment and Research*. American Psychiatric Publishing, Inc. 2002.
2. Lewis-Clall E, Williams LS, Pines JA, Jacore JD. *Psychiatric Illness in Women: Emerging Treatment and Research*. American Psychiatric Publishing, Inc. 2002.
3. Sain SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 3rd ed. Cambridge University Press. 2008.
4. Sain DL, Kupfer DJ, Schatzberg AB. *Textbook of Mood Disorders*. The American Psychiatric Publishing. 2006.

5. Parry BL, Hayes P. Mood Disorders and the Reproductive Cycle. *Healthy Women*. America's Mental Health Channel. Nov 28, 2006.
6. World Health Organization. *Women's Mental Health: An Evidence-Based Review: Mental Health Determinants and Populations*. Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2000.
7. World Health Organization. *The Global Burden of Disease—update 2004*. WHO 2008.