

STUDI KASUS : EPISODE DEPRESI PASCA STROKE

Dewa Ayu Dita Udayani Pratama
Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana

ABSTRAK

Pendahuluan : Gangguan mood dapat bervariasi baik normal, meningkat, atau menurun dengan prevalensi 2-25%. Dimana sekitar 7-12% pria dan 20-25% wanita mengalami depresi mayor. Depresi mayor merupakan bentuk yang paling buruk dari depresi. Etiologi dihubungkan dengan genetik, biologis, dan psikososial. Diantara depresi, depresi pasca stroke terjadi 20-65% dari populasi dan umumnya terjadi dalam 1-2 bulan setelah serangan stroke. Ada berbagai faktor yang mempengaruhi kejadian dan beratnya kejadian. Dalam penanganannya seorang klinisi harus memandang depresi dan stroke dalam hal yang terpisah dan ditangani sedini mungkin. **Laporan Kasus** : laki-laki 42 tahun, dikonsulkan dari bagian neurologi dengan suspek depresi post-stroke dengan gangguan tidur, penurunan nafsu makan, rasa rendah diri, rasa bersalah, dan adanya keinginan bunuh diri. Pada pemeriksaan fisik didapatkan kerusakan pada kapsula interna dengan tanda-tanda depresi. Pasien didiagnosis episode depresi berat tanpa gejala psikotik dan diberikan terapi medikamentosa dan non-medikamentosa. **Simpulan** : penegakan diagnosis lebih awal pada pasien depresi pasca stroke untuk mendapatkan luaran yang optimal. **Kata kunci** : depresi, gangguan mood, pasca stroke

CASE REPORT : EPISODE POST-STROKE DEPRESSION

ABSTRACT

Introduction : mood disorders may vary either normal, increased, or decreased by 2-25% prevalence. Where approximately 7-12% of men and 20-25% of women experience mayor depression. Mayor depression id the worst form of depression. The etiology associated with genetic, biological, and psychosocial. Among depression. Post-stroke depression occurs 20-65% of the population and usually occurs within 1-2 months after a stroke. There are various factors that influence the incidence and severity of events. Clinician should be looked depression and stroke separated and treated as early as possible. **Case Report** : 42-year-old male, consulted from the neurology clinic with suspected post-stroke depression with sleep disturbances, decreased appetite, low self-esteem, guilt, and the presence of suicidal ideation. On physical examination found damage internal capsule with sign of depression. Patient diagnosed with severe depressive episode without psychotic symptoms and was given medical therapy and non-pharmacological. **Summary** : need for early diagnosis of post-stroke depression patients to obtain optimal outcomes. **Key Words** : Depression, mood disorder, post-stroke

PENDAHULUAN

Suasana alam perasaan (mood) dapat bervariasi baik normal, meningkat atau menurun.^{1,5} Bila terjadi gangguan pada suasana alam perasaan individu akan kehilangan control pada perasaan tersebut dan timbulah penderitaan. Prevalensi gangguan ini berkisar 2-25%. Dimana sekitar 7-12 % pria dan 20-25% wanita mengalami depresi mayor.^{1,5} Prevalensi depresi bervariasi diantara kelompok umur. Depresi mayor merupakan bentuk yang paling buruk dari depresi yang biasanya dihubungkan dengan disabilitas, morbiditas dan mortalitas. Etiologi untuk depresi itu sendiri menurut beberapa peneliti dihubungkan dengan genetik, biologis, dan psikososial.^{1,5} Tidak adanya lesi anatomis yang dapat menjelaskan depresi mayor, maka kebanyakan peneliti setuju bahwa terdapat sindrom psikobiologis yang kompleks yang dapat didiagnosis hanya secara klinis dan berdasarkan criteria sindrom gejala.

Sebenarnya depresi bisa mengenai siapa saja, akan tetapi orang yang memiliki penyakit serius seperti stroke memiliki frekuensi lebih tinggi. Depresi pasca stroke ditemukan pada 20-65% merupakan prevalensi yang cukup tinggi.^{7,8} Tingginya prevalensi depresi pasca stroke sering dihubungkan dengan lokasi lesi anatomik dari stroke. Seringkali depresi pasca stroke kurang mendapat perhatian sehingga sering terjadi miss diagnosis. Para dokter kadang-kadang salah menafsirkan gejala depresi pada penderita stroke sebagai suatu reaksi yang tak terhindarkan. Padahal

diagnosis dan pengobatan depresi yang tepat akan memberi keuntungan dalam penyembuhan bahkan mempersingkat proses rehabilitasi kelainan-kelainan yang ditimbulkan akibat stroke. Umumnya gejala depresi ini timbul 1-2 bulan setelah serangan stroke.⁴ Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian dan beratnya depresi pasca-stroke adalah lokasi dari lesi di otak, adanya riwayat depresi di dalam keluarga, dan kondisi kehidupan sosial pra-stroke.^{2,3,4} Beberapa peneliti berpendapat cortisol memegang peran penting dalam terjadinya depresi maupun depresi pasca stroke.² Astrom dan kawan-kawan mengatakan pada pasien stroke didapatkannya peningkatan level kortisol dalam 3 bulan pertama, dimana yang kita ketahui kortisol berperan dalam atensi, memori, persepsi, ekspresi diri. Level yang abnormal dari kortisol juga ditemukan pada pasien depresi pada umumnya.² Pada penderita pasca stroke seringkali mengalami perubahan dalam kepribadian, perilaku dan emosi sehingga sangat berpengaruh pada keberhasilan pengobatan. Sebagai dokter perlunya penegaan diagnosis awal depresi pada pasien stroke dimana jika didapatkan gejala awal setelah stroke seperti kesedihan, penolakan, reaksi catastrophic setelah stroke. Reaksi-reaksi diatas merupakan gejala awal terjadinya depresi atau kecemasan. Ditemukannya juga faktor resiko seperti isolasi sosial, pemikiran negatif, disabilitas yang berat, dan riwayat psikiatri sebelumnya perlu dicurigaain adanya depresi pasca stroke. Dalam penangannya seorang dokter harus melihat depresi dan stroke sebagai hal yang terpisah dan

ditangani sedini mungkin.⁶

LAPORAN KASUS

Pasien berinisial DD, laki-laki, 42 tahun, agama Kristen, suku Flores, Bangsa Indonesia, pendidikan terakhir tamat S1, bekerja sebagai guru, sudah menikah, beralamat di Jl. Pulau Serangan no. 50 merupakan anak ke-3 dari 7 bersaudara. Pasien dikonsulan dari bagian Neurologi pada tanggal 28 Desember 2012 dengan diagnosis completed stroke, dyslipidemia, hipertensi grade 1, low back pain dikonsulkan dengan suspect depresi post stroke. Pasien mengatakan merasa sedih karena tidak kunjung sembuh dari sakitnya. Sese kali dalam bercerita pasien mencucurkan air mata. Pasien mengatakan sudah 3 tahun yang lalu menderita stroke yang awalnya dimulai dengan nyeri pada pinggang. Pasien menyadari sakit yang dideritanya murni penyakit medis. Satu tahun kemudian pasien tidak bisa berjalan. Awalnya pasien rajin berobat baik berobat ke medis maupun alternative. Akan tetapi kira-kira 1 tahun ini pasien tidak mau berobat dikatakan karena merasa putus asa, mengaku merasa bersalah karena sering merepotkan istrinya dan menjadi beban bagi keluarganya. Pasien juga menceritakan bulan oktober 2011 terdapat masalah dengan teman kerja pasien, dikatakan ada beberapa dari mereka tidak mau membantu pasien dalam hal pengurusan kenaikan gaji padahal dulunya pasien sering membantu mereka. Pasien juga mengatakan merasa tidak berguna karena tidak dapat mengerjakan apa-apa, tidak dapat menjaga anak, dan tidak bisa

bekerja padahal pasien memiliki tanggungan terhadap 4 orang anak, 1 istri dan 1 adik perempuannya yang masih kuliah. Tiga bulan yang lalu pasien mengatakan mendapat serangan stroke lagi sampai pasien tidak dapat berbicara. Pasien mengatakan “saat 3 bulan yang lalu saya tiba-tiba tidak bisa berbicara, saat itu saya sempat berfikir untuk mengkahiri hidup dan merasa tambah putus asa, penyakit saya tidak sembuh-sembuh justru tambah parah “. Saat mengatakan hal tersebut tiba-tiba air mata pasien bercucuran dari matanya dan sese kali pasien mengusap pipinya dengan menggunakan tangannya. Hal ini diperberat pula karena sejak 6 bulan terakhir istri pasien mulai memarahi pasien dikarnakan pasien tidak mau berobat dan berusaha untuk mencoba berjalan. Pasien mengatakan tidak bisa berjalan, menulis bahkan berbicara sehingga membuat pasien merasa kehilangan minat untuk melakukan aktifitas. Waktu pasien banyak dihabiskan dirumah dan tidak melakukan apa-apa. Semenjak 3 bulan ini nafsu makan pasien dikatakan menurun dan sering terbangun saat tengah malam dan kadang sampai tidak bisa tidur lagi. Dahulu sebelum sakit pasien merupakan anak yang aktif. Saat remaja pasien mengatakan sering memendam masalah sendiri, sering memukul teman, dan melanggar lampu lalu lintas. Pasien juga mengatakan memiliki riwayat merokok akan tetapi sudah 4 tahun ini tidak melakukannya lagi. Riwayat keluarga yang menderita gangguan jiwa tidak ada. Riwayat penyakit kencing manis, asma, jantung, kejang disangkal oleh pasien.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda vital didapatkan hipertensi grade 1, status general dalam batas normal, dan status neurologis ditemukan GCS E4V5M6, hemiparesis spastic grade 4 dekstra, paresis nervus dekstra 7 supranuklear. Sedangkan status psikiatri didapatkan penampilan pasien penampilan wajar, roman muka sesuai umur, dan kontak verbal maupun visual cukup serta pasien merasa sedih dan terlihat murung saat wawancara. Selama wawancara berlangsung pasien bersikap kooperatif. Kesadaran pasien jernih. Sensorium dan kognitif baik, konsentrasi baik tetapi menjawab pertanyaan pemeriksa dengan volume suara yang cukup rendah. Proses pikir terdiri dari bentuk pikir yang logis realis, arus pikir koheren, isi pikir tidak terdapat waham, preokupasi terhadap penyakitnya. Mood/afek didapatkan sedih/appropriate. Persepsi saat wawancara tidak didapatkan halusinasi (auditorik dan visual) dan ilusi. Pada pasien didapatkan insomnia tipe late onset, hipobulia ada, raptus tidak ada, dan psikomotor tenang saat pemeriksaan. Dari pemahaman pasien terhadap penyakitnya, pasien memiliki tilikan diri tingkat 5. Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan diagnosis multiaksial dari pasien ini aksis 1 yaitu episode depresi berat tanpa gejala psikotik, aksis 2 belum dapat dievaluasi, aksis 3 yaitu completed stroke, dyslipidemia, hipertensi grade 1, low back pain, aksis 4 yaitu masalah dengan keluarga dan lingkungan kerja, dan aksis 5 yaitu skala GAF pada saat pemeriksaan yaitu 40-31 dengan pengobatan fluoxetine 1x20mg pada pagi hari, psikoterapi suportif dan psikoedukasi keluarga.

PEMBAHASAN

Pasien laki-laki berusia 42 tahun didagnosis dengan episode depresi berat tanpa gejala psikotik. Secara teori diagnosis depresi mayor menurut DSM IV dijabarkan sebagai Mood yang menurun, anhedonia (kekurangan minat atau kesenangan pada hampir semua aktifitas), gangguan tidur (insomnia atau hipersomnia), menurunnya nafsu makan, kehilangan berat badan; meningkatnya nafsu makan atau peningkatan berat badan, kelemahan tubuh atau kekurangan energy, retardasi psikomotor atau agitasi, kesulitan berkonsentrasi atau sulit membuat keputusan, rendahnya rasa percaya diri atau perasaan bersalah, pemikiran yang berulang tentang kematian atau bunuh diri. Dimana diagnosis depresi mayor dapat ditegakan bila di temukan 5 dari 9 gejala tersebut dalam periode waktu 2 minggu.⁵ Agar lebih gampang gejala-gejala tersebut di bagi menjadi 4 kelompok besar yakni : 1) mood yang menurun; 2) anhedonia; 3) gejala fisik (gangguan tidur, masalah nafsu makan, kelemahan, perubahan psikomotor) dan 4) gejala psikologis (kesulitan berkonsentrasi atau kebimbangan, rasa bersalah atau rendahnya rasa percaya diri dan tidak adanya harapan).^{1,5} Menurut kepustakaan menyatakan gejala depresi pasca stroke sama dengan gejala depresi fungsional (gangguan afek, anhedonia, tidak betenaga, sulit berkonsentrasi, nafsu makan menurun, penurunan libido, gangguan tidur pada malam hari dan adanya ide-ide bunuh diri) sehingga tidaklah mudah untuk mendiagnosis penderita depresi pasca stroke terutama jika pasien mengalami afasia,

kelemahan otot wajah yang menyebabkan penderita mengekspresikan kesedihan, apatis (lesi hemisfer kanan), atau adanya aprosodi akan menyesatkan diagnosis pada *stroke*. Untuk itu adapun indikasi dalam mendiagnosis depresi pada *stroke* adalah jika didapatkannya perubahan keperibadian atau mood, penurunan berat badan dalam waktu singkat, pola tidur yang kacau dan kemajuan minimal rehabilitasi, gangguan neuropsikologi dengan gangguan dari fungsi eksekutif, kecenderungan pada gangguan psikomotor, insight yang buruk dan gangguan pada aktifitas sehari-hari. Gejala vegetative yang terdiri dari gangguan tidur, libido, dan tenaga lebih dominan terjadi pada depresi pasca *stroke* dibandingkan dengan depresi bukan disebabkan *stroke* pada evaluasi awal 3, 6, 12, 24 bulan kemudian. Deksametason suppression test tidak dianjurkan digunakan sebagai alat diagnosis. Beberapa penelitian menunjukkan sebuah hubungan secara statistik antara gangguan depresi pasca-*stroke* dengan kegagalan untuk menekan serum kortisol dengan pemberian deksametason namun spesifisitasnya secara umum tidak terlalu berguna untuk digunakan sebagai alat diagnostik. Yang sering digunakan untuk mendiagnosis depresi pada pasien *stroke* adalah Hamilton Depression Rating Scale, General Health Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Aphasic Depression Rating Scale. Dalam menilai deficit neurologi atau fungsional dapat digunakan National Institute of Health Stroke Scale, Rankin Scale and Barthel Index yang sering

digunakan dapat juga digunakan Mini Mental State Exam dalam mengevaluasi fungsi kognitif.^{2,4}

Hal ini sesuai dengan teori dimana ditemukan perasaan tidak berguna, putus asa, perasaan bersalah yang dimasukan dalam rendahnya rasa percaya diri atau rasa bersalah, gangguan tidur dimana dikatakan pasien sering terbangun pada malam hari dan kadang tidak bisa tidur, aktifitas di rumahpun dikatakan menurun, dan pernah ada keinginan untuk bunuh diri yang sudah terjadi lebih dari 2 minggu. Kecenderungan didiagnosis depresi pasca *stroke* hal ini disebabkan oleh ditemukannya perubahan kepribadian, pola tidur yang kacau dan kemajuan minimal rehabilitasi, gangguan neuropsikologi dengan gangguan dari fungsi eksekutif, kecenderungan pada gangguan psikomotor, insight yang buruk dan gangguan pada aktifitas sehari-hari.

Terapi yang dapat digunakan berupa psikofarmakoterapi. Digunakan obat antidepresan dosis rendah hal ini dilakukan untuk meminimalisasi efek samping. Penderita *stroke* yang mengalami depresi harus diberikan antidepresan agar tidak terjadi peningkatan mortalitas akibat *stroke* ataupun depresi pasca *strokenya*. Dimana pada pasien diberikan obat golongan SSRI. Menurut kepustakaan obat golongan SSRI (fluoxetine) efektif pada penderita depresi pasca *stroke* dan memiliki efek antikolinergik.⁶

Terapi elektrokonvulsif bisa diberikan pada pasien depresi pasca *stroke* tanpa

komplikasi. Selain di berikan terapi medikamentosa secara sinergis pula diberikan terapi fisioterapi dan psikoterapi. Psikoterapi disini dibagi menjadi 3 yakni psikoterapi individu, keluarga dan kelompok.⁶ Psikoterapi individu dimaksudkan untuk mengangkat kembali harga diri pasien yang menurun. Psikoterapi keluarga dilakukan karena kritikan lingkungan sangat terlibat dalam memperlambat penyembuhan, tujuannya disini adalah mengurangi disfungsi tingkah laku pada anggota keluarga dalam berhubungan dengan pasien. Terapi kelompok bertujuan untuk mengurangi isolasi, mendorong hubungan interpersonal. Suatu terapi kelompok dikatakan berhasil apabila terbentuk lingkungan terapeutik yang kohesif dan berkembangnya hubungan yang saling mendukung sehingga memperbaiki adaptasi terhadap disabilitas yang menyebabkan gangguan emosi.

Pada kasus ini pentingnya dilakukan psikoterapi suportif pertama pasien memiliki masalah dengan dirinya dimana pasien merasa putus asa dengan keadaannya, kedua pasien memiliki masalah dengan istri dimana dikatakan istri pasien sering marah-marah, ketiga pasien juga memiliki masalah dengan teman kerjanya.

SIMPULAN

Penegaaan diagnosis awal depresi pada pasien stroke dilakukan jika didapatkan gejala awal setelah stroke seperti kesedihan, penolakan, reaksi catastrophic setelah stroke. Reaksi-reaksi diatas merupakan gejala awal terjadinya depresi atau kecemasan. Ditemukannya juga faktor resiko seperti isolasi sosial, pemikiran negatif, disabilitas yang berat, dan riwayat psikiatri sebelumnya perlu dicurigain adanya depresi pasca stroke. Dalam penanganannya seorang dokter harus melihat depresi dan stroke sebagai hal yang terpisah dan ditangani sedini mungkin.

DAFTAR PUSTAKA

1. Maramis W.F. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya: Airlangga University Press; 2005. p. 63-9.
2. Lyvia S. Chriki, B.A; Szofia S. Bullain, M.D.; Theodore A. Stern, M.D. The Recognition and Management of Psychosocial Reaction to Stroke: A Case Discussion. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*.2006;8(4)
3. Jeanette R. Suwantara. Depresi pasca-stroke : epidemiologi, rehabilitasi dan psikoterapi. *J Kedokter Trisakti*. Oktober-Desember 2004, Vol. 23 No. 4
4. Iris Zavoreo, Vanja Basic-Kes, Marijana Bosnar-Puretic and Vida Demarin. Post-Stroke Depression. *Acta Clin Croat* 2009; 48:329-333
5. Sadock's and Kaplan. Comprehensive Textbook of psychiatry. In: Dimsdale, I.R Michael, F.J Keefe & Murray B, editors. Stein. Stress and Psychiatry. Volume II; 2009. p. 2407, 2411-12.
6. Andri, Mardi Susanto. Tatalaksana Depresi Pasca-Stroke. *Maj Kedokt Indon*, Volum: 58, Nomor: 3, Maret 2008
7. M.-L. Kauhanen, J. T. Korpelainen, P. Hiltunen, E. Brusin, H. Mononen, R. Määttä, P. Nieminen, K. A. Sotaniemi and V. V. Myllylä. Poststroke Depression Correlates With Cognitive Impairment and Neurological Deficits. *American Heart Association. Stroke*. 1999;30:1875-1880
8. Tarja Pohjasvaara, Antero Leppävuori, Irina Siira, Risto Vataja, Markku Kaste and Timo Erkinjuntti. Frequency and Clinical Determinants of Poststroke Depression. *American Heart Association. Stroke*. 1998;29:2311-2317