

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Siapakah orangnya yang tidak akan sedih, merasa hancur, gelap hidupnya, putus asa, merasa tak tertolong lagi dan tak berguna bila tubuhnya yang semula lincah, kuat, mudah berlari atau mengendarai mobil mendadak lumpuh separo lengan dan tungkai, atau lumpuh total, tidak bisa bergerak selain telentang di tempat tidur ?

Perasaan-perasaan seperti inilah, yang bila berat dan berkepanjangan sehingga mempengaruhi afektif, di bidang kedokteran jiwa (psikiatri) disebut gejala (sindrom) depresi.

Depresi sebagai suatu kesatuan diagnostik gangguan jiwa, adalah suatu keadaan jiwa dengan ciri sedih, merasa sendirian, putus asa, rendah diri, disertai perlambatan psikomotor atau kadang malah agitasi, menarik diri dari hubungan sosial dan terdapat gangguan vegetatif seperti anoreksia serta insomnia (Kaplan dan Saddock, 1996). Depresi biasanya didahului suatu stressor yang berupa suatu "kehilangan". Stressor ini bersifat berat, multiple, tidak normatif dan tak diinginkan, tak dapat dikontrol atau diramalkan individu.

لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ

Di dalam buku Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ – III, 1993), sindroma depresi yang terjadi pada penderita stroke dimasukkan dalam klasifikasi Sindroma Afektif Organik. Adapun yang dimaksudkan dengan sindroma afektif organik adalah gangguan afektif (mood/ dalam perasaan) yang disebabkan karena adanya gangguan pada susunan saraf pusat (otak). Gangguan pada otak ini dapat disebabkan karena faktor toksik, metabolik, endokrin, ataupun gangguan pembuluh darah otak, stroke misalnya (Hawari, 1997).

Stroke adalah gangguan akut fungsi otak yang disebabkan gangguan vaskuler (pembuluh darah) dan mengakibatkan "hendaya" yang berlangsung lebih dari 24 jam atau kematian dalam waktu 24 jam. Defisit serebral yang terjadi bisa berupa hemiplegia (lumpuh separo), atau hemiparesis (setengah lumpuh separo), hemihipestesia, hemiparestesia, afasia (tak bisa bicara), hemianopsia, atau kombinasi dari semuanya itu tergantung regio pembuluh darah otak yang terkena.

Di dalam pengalaman klinis ditemukan bahwa pada penderita-penderita stroke, sering dijumpai gangguan mental emosional di bidang afektif, misalnya depresi, apati, euforia bahkan sampai mania. Para ahli berpendapat bahwa ganggaun afektif tersebut sebagai reaksi psikologis yang normal akibat hendaya fisik maupun kognitif akibat stroke yang dideritanya. Selanjutnya dikemukakan bahwa gangguan afektif ini merupakan manifestasi dari gangguan penyesuaian (adjustment disorder) akibat hendaya fisik dan kognitif akibat stroke tadi.

Namun para ahli lainnya berpendapat bahwa gangguan afektif (sindrom depresi) yang dialami penderita stroke, tidak sekedar merupakan reaksi psikologis yang wajar akibat hendaya fisik dan kognitif, tetapi mempunyai hubungan dengan lesi di otak. Atau dengan kata lain, sindroma depresi pada penderita stroke merupakan akibat dari kelainan struktur otak (Kaplan, Saddock, 1987).

Walaupun stroke dengan komorbid cukup banyak, tapi perhatian dokter terhadap masalah ini sering terlampaui. Mungkin karena prioritas ditujukan pada penyakit fisiknya, sehingga depresi yang timbul tidak ditanggulangi secara memadai. Pihak keluargapun hanya menganggap penderita sedang mengalami stress sementara saja, sehingga reaksi keluargapun tidak menguntungkan bagi penderita stroke yang menjadi apatis, mudah marah, banyak diam, menolak makan dan minum obat, pandangan kosong, tidak bersemangat terhadap upaya rehabilitasi.

1.2. Permasalahan.

Dari latar belakang di atas, timbul permasalahan yaitu bagaimana prevensi dan penatalaksanaan depresi pada penderita pasca stroke.

1.3. Tujuan Penulisan.

Sesuai dengan masalah yang ada, maka tujuan penulisan ini adalah

1.4. Manfaat Penulisan.

Dengan penulisan ini diharapkan penanganan yang cepat, tepat dan baik yang akan membantu pemulihan keadaan depresi pasien pasca stroke, sehingga lama perawatan di rumah sakit dapat diperpendek dan tidak terjadi

gangguan kesehatan (GKH) di rumah sakit.