

Kasus Depresi Berulang pada Anak Usia Sekolah dengan Penolakan Bersekolah

Recurrent Depression in a School-Aged Child with Refusal of Going to School

Warih Andan Puspitosari¹ dan Budi Pratiti²

¹Department of Public Health, Faculty of Medicine, Muhammadiyah University Yogyakarta, ²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Gadjah Mada University Yogyakarta

Abstract

Depression in children is often under-recognized because not all children complain of sad feeling. The incidence of depression in prepuberty and adolescence is estimated 1.5–2.5% and 4–5% respectively. The clinical appearance is influenced by the child's age and psychological experience such as irritability, decrease of school achievement, withdrawal from social or leisure activity, and feeling more of inward signs like depressed, guilty or useless feeling and suicidal ideation. The aim of this paper is to report a case of recurrent child depression with refusal of going to school with method depth-interview towards the child and his family.

Result of this report case of recurrent depression in a school-aged child with refusal to go to school was reported. A 10-year old boy who was in 5th grade of elementary school refused to go to school for 3 months. Clinical appearance showed sad looking, withdrawal, irritability, difficulty to sleep, depressed feeling, and decreased school achievement. The psychosocial stressor was bullying done by his schoolmates. Two years prior to the condition when he was in the 3th grade, the child showed the same clinical appearance with a stressor of mistreatment from his teacher. He was given pharmacotherapy and behavioral therapy.

Key words: child depression, recurrent, refusal of going to school

Abstrak

Berbeda dengan Depresi pada orang dewasa, kasus depresi pada anak sering tidak terdiagnosis (*underrecognised*), karena tidak semua penderita Depresi pada anak mengeluh sedih. Insiden anak prapubertas diperkirakan 1,5-2,5% dan menjadi 4-5% pada masa remaja. Gambaran klinis yang tampak pada anak dipengaruhi oleh usia dan pengalaman psikologis anak, seperti lekas marah (*irritable*), prestasi sekolah menurun, menyingkir dari kegiatan sosial atau aktivitas yang menyenangkan dan anak merasa murung (*inward sign*) seperti perasaan yang tertekan, rasa bersalah, rasa tak berharga, dan pikiran bunuh diri, tujuannya adalah melaporkan 1 kasus depresi berulang pada anak dengan masalah penolakan bersekolah, metoda yang digunakan wawancara mendalam terhadap penderita dan keluarga penderita.

Dilaporkan 1 kasus depresi berulang pada anak usia sekolah dengan masalah penolakan sekolah. Seorang anak laki-laki berusia 10 tahun, klas 5 SD, tidak mau sekolah selama 3 bulan. Gejala klinis yang ada adalah tampak sedih, tidak mau keluar rumah untuk berinteraksi dengan teman-temannya, mudah marah (*irritabel*), sulit tidur, merasa tertekan, prestasi belajar menurun, menyakiti diri sendiri. Stressor psikososial adalah perlakuan nakal dari teman-temannya dalam bentuk ejekan dan perilaku kasar yang menyakitkan. Dua tahun sebelumnya pada saat duduk di kelas 3,

anak pernah mengalami hal serupa dengan stressor perlakuan gurunya yang tidak baik. Diberikan farmakoterapi dan terapi perilaku pada penderita.

Kata Kunci : berulang, depresianak, menolak bersekolah.

Pendahuluan

Depresi merupakan gangguan pada otak (gangguan mental) yang mempengaruhi seluruh aspek kehidupan seseorang seperti perasaan, pola pikir dan perilaku. Depresi dengan onset cepat dapat menyebabkan kegagalan dalam pendidikan, penyalahgunaan alkohol dan obat terlarang, bahkan bunuh diri.¹

Depresi dapat menyebabkan gangguan luas pada fungsi dan penyesuaian pada anak juga remaja, peningkatan resiko penyakit dan hubungan antar pribadi dan berbagai kesulitan psikososial. Sayangnya, gangguan-gangguan ini sering kali tak dikenali oleh keluarga dan dokter. Tanda-tanda depresi pada anak dan remaja seringkali dipandang sebagai suasana hati normal yang menunjukkan tahap perkembangan tertentu.²

Berbeda dengan Depresi pada orang dewasa, kasus depresi pada anak sering tidak terdiagnosis (*underrecognised*), karena tidak semua penderita Depresi pada anak mengeluh sedih. Dari beberapa penelitian, didapatkan hasil depresi terjadi sekitar 1% pada anak-anak pra pubertas dan sekitar 3% pada remaja pasca pubertas¹.

Gambaran klinis yang tampak pada anak dipengaruhi oleh usia dan pengalaman psikologis anak, seperti lekas marah (*irritable*), prestasi sekolah menurun, menyingkir dari kegiatan sosial atau aktivitas yang menyenangkan, dan anak lebih merasakan murung (*inward sign*) seperti perasaan yang tertekan, rasa bersalah, rasa tak berharga, dan pikiran bunuh diri.

Gejala utama yang timbul antara lain efek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi hingga mudah merasa letih dan menurunnya aktivitas. Beberapa anak menyangkal kalau dirinya sedang sedih tetapi mengaku merasa *down*, sedangkan yang lain merasa mudah marah. Pada banyak kasus, anak

yang mengalami depresi akan merasa tidak ada kesenangan dalam hidup (anhedonia).^{3,4,5}

Secara khas, anak yang mengalami depresi akan memiliki harga diri yang rendah, mereka berpikir bahwa jalan hidup dan kesulitan pada kehidupan sosial merupakan kegagalan, merasa tidak memiliki masa depan, tidak mempunyai harapan dan tidak tertolong untuk berubah menjadi lebih baik. Mereka mengeluh kurang konsentrasi, kurangnya perhatian dan kesulitan dalam membuat suatu keputusan. Jarang sekali pasien menunjukkan gejala waham dan halusinasi.³

Gejala lain yang dapat muncul antara lain: menarik diri dari kehidupan sosial, perubahan nafsu makan, perubahan pola tidur, sering menangis, kelelahan dan kurang tenaga, adanya keluhan fisik (misal: nyeri perut, nyeri kepala) yang tidak membaik dengan pengobatan, penyalahgunaan alkohol dan obat terlarang serta adanya pikiran tentang kematian atau bunuh diri.^{1,2,3,4,5,6,7,8, 9}

Sebagian besar anak dengan depresi yang signifikan akan mengalami perubahan nyata dalam aktifitas sosial, kurangnya ketertarikan pada sekolah dan prestasi akademik yang buruk, atau perubahan penampilan.^{4,10}

Tujuan dari penulisan ini adalah melaporkan 1 kasus Depresi berulang pada anak dengan masalah penolakan sekolah.

Laporan Kasus

Seorang anak laki-laki, umur 10 tahun, pelajar klas 5 SD, agama Islam, suku Jawa, dibawa orang tuanya untuk konsultasi karena tidak mau sekolah, sejak 3 bulan yang lalu dengan alasan takut dinakali teman-temannya yang dikenal sebagai *gank* anak nakal. Pasien sering diejek, diambil barang-barangnya (pensil,

penggaris, penghapus, dll) serta dipukul sejak 10 bulan yang lalu. Namun pasien tidak berani mengadukan pada guru ataupun orang tuanya karena diancam.

Ketika ada penayangan film *smack down*, pasien makin sering disakiti, dipukul, dikatakan banci, anak mami, pendek dan ejekan-ejekan lainnya. Bersamaan dengan itu guru walikelas yang hubungannya sangat dekat dengan pasien, cuti dan digantikan guru lain. Pasien menjadi takut masuk sekolah dengan berbagai alasan, pasien mengeluh sakit perut, pusing sehingga diperiksakan ke Puskesmas mintadiantar atau ditunggu bahkan sering minta pulang saat tiba di sekolah dan jika tidak dituruti maka pasien akan menyakiti dirinya sendiri dengan membentur-benturkan kepalanya ke tembok, mencakar-cakar tubuhnya sampai berdarah.

Pasien yang biasanya ceria menjadi pendiam, tidak mau lagi bercanda, jarang tersenyum, pemarah, penakut, tidak berani keluar rumah kecuali bersama orang tua atau saudaranya, jika ada tamu. Keinginannya harus dituruti, jika tidak pasien marah-marah, membanting barang-barang yang ada di dekatnya. Pasien gelisah, sulit tidur, sering terbangun, mimpi-mimpi buruk.

Guru menyarankan kepada orang tua pasien untuk berkonsultasi ke poli jiwa. Status Psikiatri saat pertama kali konsultasi : keadaan umum : tampak seorang anak laki-laki, kecil, murung, kesadaran kompos mentis. Selama wawancara, pasien lebih banyak diam dan menunduk, kurang kooperatif, kadang tidak mau menjawab pertanyaan yang diberikan oleh pemeriksa, tampak seperti ketakutan, mood disforik, afek appropriate, pembicaraan kurang spontan, suara pelan, halusinasi (-), bentuk pikir : realistis, isi pikir ketakutan berlebihan terhadap perilaku teman-temannya yang nakal, progresi pikir relevan/tidak ada kelainan. Pasien adalah anak yang pandai, berprestasi namun manja dan sangat tergantung pada ibunya.

Setelah mendapat terapi, berupa farmakoterapi antidepresan SSRI: Fluoxetin 1x20 mg dan kognitif behavior terapi (CBT) serta terapi keluarga, pasien mulai menunjukkan perbaikan gejala. Pasien

berkurang ketakutannya, sudah mau sekolah namun belum penuh, mau mengikuti kegiatan ekstrakurikuler *drumband* walaupun hanya sebentar. Pasien mengaku sudah tidak begitu takut pada teman-teman nakalnya, namun sekarang pasien merasa malu dan kesulitan mengejar ketinggalan pelajarannya. Pasien mulai tenang, tidak mudah marah, tidur nyenyak, mau menemui dan bermain lagi bersama teman-temannya.

Ketika kelas 3, pasien pernah mengalami hal yang sama, berupa tidak mau sekolah selama 3 bulan karena ketakutan terhadap kata-kata p. Guru yang mengatakan bahwa di sekolah ini ada makhluk halus yang menjadi penunggu. Ia akan marah jika murid-murid nakal. Jika ada yang nakal maka, alat kelaminnya akan membesar. Pasien belum pernah mengalami gangguan jiwa lainnya.

Diskusi

Pada kasus di atas, pasien dibawa konsultasi karena tidak mau sekolah, namun setelah digali dari anamnesis terhadap orang tua, guru dan temannya serta dilakukan pemeriksaan status mental dan test psikologi, maka didapatkan gejala-gejala yang sangat beragam dari Depresi pada anak. Pasien mengalami kesedihan, kehilangan minat dan kegembiraan, malas beraktivitas, ketakutan, perubahan pola makan dan tidur, mudah marah dan menyakiti diri sendiri, tidak percaya diri, prestasi sekolah menurun, munculnya berbagai keluhan fisik (sakit perut, pusing, dll).

Pasien mempunyai tipe kepribadian *Dependent* yang merupakan faktor predisposisi terjadinya Depresi. Pasien anak yang manja dan tergantung pada ibu serta gurunya. Sehingga gejala makin memberat dan akhirnya menolak sekolah ketika guru walikelas yang selama ini hubungannya dekat dan menjadi tempat bergantung pasien, ternyata cuti dan digantikan guru lain, sehingga pasien menjadi tidak nyaman.

Depresi adalah suatu kekacauan mental yang lazim dialami pada anak dan

remaja sehingga memerlukan suatu pengobatan yang menyeluruh, multidisiplin untuk mencegah persistensi atau kekambuhan pada masa dewasa. Jika diresepkan, antidepresan harus selalu digunakan sebagai kombinasi dengan strategi perawatan lain seperti terapi kognitif tingkah laku, intervensi keluarga, pendidikan keluarga, dan berbagai strategi pencegahan.⁹

Dilakukan terapi dengan menggunakan farmakoterapi antidepresan SSRI: Fluoxetin 1x20 mg dan *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) serta terapi keluarga untuk menangani pasien. Setelah dilakukan terapi dan diikuti ± 1 bulan, mulai terlihat perbaikan dari gejala-gejala depresinya.

Terapi kognitif tingkah laku (CBT) adalah satu terapi yang banyak digunakan untuk mengobati depresi. Dokter membantu anak untuk mengidentifikasi penyimpangan-penyimpangan kognitif. Perawatan kognitif tingkah laku atau CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) pada depresi melibatkan aplikasi strategi yang spesifik mengarahkan di tiga daerah yang berikut: kognisi, perilaku dan fisiologi. Dalam masalah kognitif, pasien diajarkan untuk mengoreksi pemikiran negatif mereka. Dalam masalah tingkah laku, pasien-pasien belajar penjadwalan aktivitas, ketrampilan-ketrampilan dan hubungan sosial. Dalam masalah fisiologis pasien diajarkan teknik-teknik relaksasi, meditasi dan membayangkan hal-hal yang menyenangkan untuk menenangkan diri mereka. Banyak studi-studi menyelenggarakan menunjukkan bahwa terapi kognitif lebih efektif dibandingkan dengan pengobatan antidepresan trisiklik. Studi telah menunjukkan arti penting dan efektivitas dari intervensi keluarga, keikutsertaan keluarga di dalam perawatan, demonstrasi orang tua dalam hal kendali positif pada anak, dan menurunkan tingkat stress dalam keluarga.^{3,9}

Prognosis dalam kasus ini adalah dubia ad Bonam, namun mempunyai tingkat kekambuhan yang tinggi. Pada anak dan remaja, tingkat kekambuhan episode depresi pertama adalah 70% dalam lima

tahun. Suatu penelitian prospektif yang baru-baru ini diterbitkan menemukan bahwa awal onset depresi seringkali menetap, terulang, dan berlanjut hingga dewasa, dan menunjukkan bahwa depresi pada usia muda mungkin merupakan penyakit yang diramalkan akan lebih berat pada saat dewasa.³ Pada pasien ini, Depresi yang dialami adalah merupakan Depresi yang ke-2, walaupun pada kasus yang pertama anak dapat membaik tanpa harus mendapatkan farmakoterapi dari dokter. Sehingga diagnosis nya menjadi Gangguan Depresi Berulang episode kini Berat tanpa gejala Psikotik.

Kesimpulan

Dilaporkan sebuah kasus dengan :

1. Diagnosis : Gangguan Depresi Berulang episode kini Berat tanpa gejala Psikotik.
2. Telah diberikan : farmakoterapi antidepresan SSRI: Fluoxetin 1x20 mg dan *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) serta terapi keluarga
3. Prognosis : dubia ad Bonam, n farmakoterapi antidepresan SSRI: Fluoxetin 1x20 mg dan *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) serta terapi keluargamun mempunyai tingkat kekambuhan hingga 70 %

Daftar Pustaka

1. Attwood, P., et al, 2005, *Depression in Children: Identification and Management of Depression in Children and Young People in Primary, Community and Secondary Care*, National Institute for Health and Clinical Excellence, <http://www.nice.org.uk>
2. Fassler, D. G., 2007, *Early-onset Depression*, National Alliance of Mental Illness, <http://www.nami.org>
3. Anonim, 2001, *Depression in Children and Adolescents*, National Institute of Mental Health, <http://www.athealth.com>
4. Sadock B.J. dan Sadock V.A., 2003, *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Human Sexuality*, Williams and Wilkins, Ninth Edition, London.
5. WHO, 1992, *The ICD-10 International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, World Health Organization, Geneva.

6. Grayson, C. E., 2004, *Depression in Children*, The Cleveland Clinic Department of Psychiatry and Psychology, <http://www.medicinenet.com>
 7. Watkins, C. E., 2003, *Depression in Children and Adolescents*, <http://www.baltimorepsych.com>
 8. Anonim, 2003, *Clinical Depression – Children and Adolescents*, Mental Health Association of Westchester, <http://www.mhawestchester.org>
 9. Anonim, 2007, *Antidepressant Medications for Children and Adolescents: Information for Parent and Caregivers*, National Institute of Mental Health, <http://www.nimh.nih.gov>
 10. Anonim, 2007, *Children & Depression*, Canadian Mental Health Association, <http://www.cmha.ca>
-