



BUKU AJAR
Sistem Neurobehaviour (Psikiatri)

Disusun oleh :

dr. Arum Kartikadewi

Reviewer :

dr. Suprihatini, SpKJ

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG
2015

PENYUSUN
dr. Arum Kartikadewi

ISBN : 978-602-61093-8-5

REVIEWER
dr. Suprihatini, SpKJ

PENYUNTING
dr. Arum Kartikadewi

DESAIN SAMPUL DAN TATA LETAK
.....

PENERBIT
Unimus Press
Jl. Kedung Mundu Raya No. 18 Semarang 50273
Telp. 024 76740296

Cetakan Pertama, April 2017

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang
Dilarang memperbanyak karya ini dalam bentuk dan dengan cara apapun
tanpa ijin tertulis dari penerbit

VISI & MISI

Visi

Menjadi program studi yang unggul dalam pendidikan kedokteran dengan pendekatan kedokteran keluarga dan kedokteran okupasi yang islami berbasis teknologi dan berwawasan internasional pada tahun 2034

Misi

1. Menyelenggarakan pendidikan kedokteran yang unggul berbasis Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) dan Standar Kompetensi dan Karakter Dokter Muhammadiyah (SKKDM).
2. Menyelenggarakan penelitian di bidang kedokteran dasar, kedokteran klinik, kedokteran komunitas, kedokteran okupasi dan kedokteran islam guna mendukung pengembangan pendidikan kedokteran dan kesehatan masyarakat.
3. Menyelenggarakan pengabdian pada masyarakat di bidang kedokteran dan kesehatan masyarakat.
4. Mengembangkan dan memperkuat manajemen fakultas untuk mencapai kemandirian.
5. Mengembangkan dan menjalin kerjasama dengan pemangku kepentingan baik nasional maupun internasional.

KATA PENGANTAR

Kompetensi klinis adalah kompetensi yang harus dikuasai oleh lulusan dokter sebagai syarat untuk melakukan praktik kedokteran di masyarakat. Pendidikan Kedokteran di Indonesia, sebagaimana tercantum dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI), mewajibkan sejumlah kompetensi klinis yang harus dikuasai oleh lulusan setelah mengikuti pendidikan dokter. Di dalam SKDI tahun 2012, terdapat 275 ketrampilan klinik dan 736 daftar penyakit yang harus dikuasai oleh lulusan dokter. Dari 736 daftar penyakit tersebut, terdapat 144 penyakit yang harus dikuasai penuh oleh lulusan dokter karena diharapkan dokter dapat mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas (level kompetensi 4) dan 261 penyakit yang harus dikuasai lulusan untuk dapat mendiagnosisnya sebelum kemudian merujuknya, apakah merujuk dalam keadaan gawat darurat maupun bukan gawat darurat (level kompetensi 3). Penyusunan buku ajar ini bertujuan untuk membantu mahasiswa mempelajari penyakit-penyakit yang menjadi kompetensinya, sehingga mahasiswa memiliki kompetensi yang memadai untuk membuat diagnosis yang tepat, memberi penanganan awal atau tuntas, dan melakukan rujukan secara tepat dalam rangka penatalaksanaan pasien. Buku ajar ini ditujukan kepada mahasiswa Fakultas Kedokteran pada Tahap Pendidikan Profesi, mengingat buku ajar ini berisi ringkasan penyakit untuk aplikasi praktis di situasi klinis.

Akhirnya penulis tak lupa mengucapkan banyak terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyusun buku ajar ini. Mengingat ketidaksempurnaan buku ajar ini, penulis juga akan berterima kasih atas berbagai masukan dan kritikan demi kesempurnaan buku ajar ini dimasa datang.

Semarang,

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Kata Pengantar	
Daftar Isi	
Tinjauan Mata Kuliah	
Bab I Pendahuluan	
1.1. Pem	
eriksaan Status Mental.....	
Bab II Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.....	
2.1. Intoksikasi akut zat psikoaktif.....	
2.2. Adiksi dan ketergantungan narkoba.....	
Bab III Psikosis.....	
3.1. Skizofrenia.....	
3.2. Gangguan waham	
3.3. Gangguan skizoafektif.....	
3.4. Gangguan bipolar episode manik.....	
3.5. Gangguan bipolar episode depresi.....	
3.6. Depresi post partum.....	
Bab IV Gangguan neurotik, gangguan yang berhubungan dengan stress, gangguan somatoform, gangguan cemas, fobia	
4.1. Gangguan somatoform.....	
4.2. Sindrom stres pasca trauma.....	
4.3. Gangguan panik.....	
4.4. Gangguan cemas menyeluruh.....	
4.5. Trikotilomania.....	
Bab V Gangguan emosional dan perilaku dengan onset khusus pada masa anak dan remaja	

5.1.Retardasi mental.....	
Bab VI.Tics	
6.1. Tics.....	
Bab VII. Kelainan dan disfungsi seksual.....	
7.1. Gangguan keinginan dan gairah seksual.....	
7.2. Gangguan orgasmus dan gangguan ereksi.....	
7.3. Gangguan psikoseksual.....	
Bab.VIII.Gangguan tidur.	
8.1. Hipersomnia.....	
8.2. Insomnia.....	
Daftar Pustaka	



TINJAUAN MATA KULIAH

I. Deskripsi Singkat

Buku ajar ini berisi ringkasan simptom, pemeriksaan status mental untuk menegakkan diagnosis penyakit Sistem Psikiatri, disertai panduan tata laksana dan edukasi. Buku ajar ini disusun dalam bab-bab berdasarkan Kompetensi Sistem Psikiatri yang tercantum dalam SKDI 2012

II. Relevansi

Buku ajar ini merupakan salah satu buku ajar yang disusun untuk membantu mahasiswa kedokteran mencapai kompetensi klinisnya. Buku ajar ini berisi ringkasan penyakit untuk aplikasi praktis di situasi klinis.

III. Kompetensi

Level 3 A : Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan yang bukan gawat darurat. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

Level 3 B : Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan gawat darurat demi menyelamatkan nyawa atau mencegah keparahan dan/atau kecacatan pada pasien. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

Level 4 : Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas.

IV. Petunjuk Belajar

Mahasiswa memiliki dasar pemahaman tentang patofisiologi penyakit sistem Psikiatri.

Mahasiswa memiliki dasar pemahaman simtomatologi dari gejala psikiatri

Mahasiswa memiliki pengetahuan tentang pemeriksaan status psikiatri

Mahasiswa memiliki kemampuan dalam mendiagnosa kasus psikiatri berdasarkan PPDGJ III dan DSM-TR-IV

Mahasiswa memahami prinsip psikoterapi dan medikamentosa di bidang psikiatri.

Mahasiswa memiliki dasar edukasi kasus psikiatri baik pada penderita ataupun keluarga.





BAB I

PENDAHULUAN

1.1. PEMERIKSAAN PSIKIATRI

A. ANAMNESIS

1. IDENTITAS

Meliputi nama, usia, staus perkawinan, jenis kelamin, pekerjaan, bahasa

Meliputi identitas pasien dan identitas pemberi informasi, untuk memperkirakan reliabilitas informasi

2. Keluhan utama

Menggambarkan mengapa dia datang, menggunakan bahasa pasien

3. RPS

Kapan

Pemicunya apa

Bagaimana pemicu dapat mempengaruhi

Adakah gejala negatif (disfungsi /hendaya)

Adakah gejala positif /gangguan psikofisiologis (waham, halusinasi dan lain-lain)

4. RPD

Gejala penyakit jiwasebelumnya, bagaimana gejalanya, apakah sama dengan sekarang, berapa lama sakit, dirawat,kembali normal? Dengan obat atau tanpa obat. Perhatian khusus pada episode pertama kelainan, karena sangat bermakna klinis

Riwayat bedah mayor, trauma mayor, trauma craniocerebral, gangguan neurologis karena tumor, epilepsy, di diagnose positif HIV/AIDS

Untuk kelainan psikosomatis : berhubungan dengan penyakit alergi, atopic, rheumatoid arthritis, gangguan Gastrointestinal

Penyalaghgunaan alcohol/zat psikosomatis

5. RPK

Riwayat gangguan jiwa keluarga, terutama keluarga dekat. Jangan lupa membuat silsilah keluarga.

Riwayat penyalahgunaan zat pada keluarga

Siapa saja yang tinggal serumah.

Bagaimana hubungan dia dengan keluarganya

Sikap keluarga terhadap penyakit pasien

6. Riwayat pribadi

- Riwayat perinatal: apakah anak yang diinginkan, ada masalah selama kehamilan dan persalinan, bagaimana keadaan emosional ibu pada masa perinatal, apakah ada penyalahgunaan alkohol pada ibu

- Masa kanak-kanak awal (0-3 tahun)

Interaksi dengan ibu, kualitas pemberian makan, bagaimana toilet training, gangguan tidur, adakah kebutuhan yang tidak terpenuhi, siapa yang mengasuh anak, adakah penyalahgunaan saat anak-anak/ kekerasan dalam rumah tangga.

Kepribadian : apakah anak pemalu, gelisah, overaktif, menarik diri, terbuka

Bagaimana kemampuan anak dalam : memusatkan diri, mentoleransi frustrasi, menunda kesenangan

Kebiasaan makan, perkembangan awal, latihan buang air, gejala masalah perilaku, kepribadian sebagai anak, mimpi/fantasi berulang

- Masa anak-anak menengah (3-11 tahun)

Identifikasi gender, hukuman di rumah, adakah cemas berpisah, kedekatan dengan teman, pola perilaku, perkembangan intelektual, motorik, , gangguan belajar, fobia, mengompol, adakah kekerasan dalam rumah tangga dan kekerasan terhadap anak.

- Masa Dewasa

Riwayat Pekerjaan : riwayat pekerjaan , sikap terhadap pekerjaan ada tidaknya konflik dalam pekerjaan, perubahan status pekerjaan

- Riwayat kepribadian pramorbid
Sikap dan karakter sebelum sakit. Apa yang disenangi, bagaimana mereka menghadapi masalah, kepercayaan yang dianut, apakah merasa nyaman
- Riwayat Pernikahan dan Hubungan
Menikah? Dengan pilihan sendiri? Umur berapa saat menikah? ada masalah dengan pasangan, kualitas hubungan sex
Belum menikah? Berhubungan dengan seseorang? Kendala?
- Riwayat militer
Apakah pernah menyaksikan/menjalani pertempuran, melihat orang cidera, pernah mengalami hukuman disipliner
- Riwayat pendidikan
Latar belakang pendidikan, intelegensi, motivasi, halangan dalam mencapai cita-cita, prestasi, sikap terhadap pencapaian prestasi
- Agama
Bagaimana latar belakang agamanya, bagaimana pendidikan agama dikeluarga
- Aktivitas social
Persahabatan, berapa lama, dengan sesama jenis/lawan jenis, apakah mengasingkan diri,
- Riwayat Hukum
Pernah berurusan dengan yang berwajib, pernah dipenjara
- Riwayat Seksual
Adakah riwayat seksual infantile(permainan seksual dini), bagaimana pasien belajar mengenai sex, bagaimana sikap orang tua terhadap sex. Fantasi sex, adakah gejala seksual abnormal(sadism, fatisme dll)
- Fantasi dan mimpi
Sering bermimpi berulang, fantasi hidupnya seperti apa?

- Nilai

Sistem nilai yang dianut pasien, nilai moral, bagaimana menganggap benar dan salah

B. PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

1. Deskripsi umum

Penampilan fisik,: kesan fisik keseluruhan , penampilan, pakaian, kerapihan, higene pribadi, apakah ada bekas sayatan, tato

Postur : tampak postur tertentu, tanda ansietas, tegang

2. Perilaku dan aktivitas psikomotor

Kesopanan, keinginan untuk bekerja sama, ekspresi wajah, merespon halusinasi, apakah ada agitasi psikomotor,atau retardasi psikomotor, adakah gerakan ekstrapiramidal, adakah gerakan abnormal seperti tic, chorea, sterotypi, menerisme,atau gaya berjalan abnormal

3. Bicara dan percakapan

Nada dan variasi tinggi rendahnya nada(pada depresi akan menurun), kecepatan dan volume suara, volume pembicaraan meningkat

Normalnya pembicaraan : spontan, logis, koheren, relevan

Catat adakah sircumstantialisme, perservasi, verbigerasi

Bagaimana arus pembicaraan apakah flight of idea, retardasi atau blocking

Bagaimana kualitas dan kuantitas bicaranya

4. Sikap terhadap pemeriksa : kooperatif/tidak

5. Mood dan afek

Mood : emosi yang menetap. mengandung komponen kedalaman, durasi, fluktuasi. Mood objektif berupa :Hypotimia, euthymia, hypertymia.

Mood subjektif berupa gambaran perasaan dari pasien sendiri

Afek: responsivitas emosi pasien saat ini, tersirat dalam ekspresi wajah.

Manifestasi eksternal dari perasaan yang dapat diamati. Misal afek tumpul datar dan menyempit. Kesesuaian afek, sesuai/tidak.

Mood dapat dianalogikan sebagai iklim, afek sebagai cuaca

7. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi : ilusi /halusinasi

Ilusi : mempersepsi secara salah benda yang ditangkap panca indra

Ilusi dapat berupa ilusi pancaindra

Halusinasi : mempersepsi sesuatu yang tidak ada objeknya, seperti ditangkap oleh pancaindra.

Dapat berupa visual, olfaktori, auditori (akustik/ phoneme)

Paling sering halusinasi auditorik dan visual

8. Isi pikir dan kecenderungan mental

- Bentuk pikir : proses pikir cepat/lambat
Apakah ada hubungan sebab akibat yang jelas dalam perkataannya, bagaimana asosiasinya, adakah neologisme
- Isi pikir : waham, depersonalisasi, derealisasi, kepercayaan abnormal terhadap ide yang berlebihan, ide referensi, preokupasi, obsesif, kompulsif,
- Jenis waham :
kejar (marasa dikejar sesuatu yang mengganggu dan merusak)
kebesaran : kepercayaan terhadap ide berlebih dan non realistic, misal menjadi sangat kaya, punya kekuatan super
referensi : tindakan orang atau pemberitaan media dirasakan mengacu pada pemikiran atau tindakan pasien
insersi/penyerapan/penyiaran pikiran : pikiran dapat dikendalikan pengaruh dari luar atau dipancarkan ke orang lain
passivity : perasaan merasa dikendalikan dari luar, dan pasien tidak dapat berbuat apa-apa
- Syarat waham : non realistic, 100% dipercaya, tidak dapat dipatahkan

9. Sensorium kognisi

Kesadaran : kesadaran berkabut atau tidak? Kesadaran berkabut biasanya mengindikasikan kerusakan organik pada otak.. deskripsikan tingkat kesadaran

Biasanya kesadaran berkabut terjadi gangguan orientasi

10. Orientasi/memori

Orientasi Terhadap tempat, waktu, ruang, personal , suasana

Memori terhadap kejadian jangka panjang, menengah, pendek, segera.

Adakah usaha pasien untuk menutupi gangguan ingatan seperti kofabulasi, sikumstantialitas dan lain-lain

11. Konsentrasi dan pikiran

Konsentrasi terganggu karena : gangguan kognitif, ansietas, depresi, stimulus interenal, halusinasi auditorik

12. Membacadan menulis

13. Kemampuan visuospasial

Menyalin gambar.

14. Pikiran abstrak

Pikiran untuk menangani konsep. Misal tanyakan apa perbedaan apel dengan jeruk

15. Informasi dan intelegensi

Mengetahui tingkat intelegensi dengan cara member pertanyaan yang membutuhkan jawaban yang sulit

16. Impulsivitas ; kemampuan untuk mengendalikan impuls

17. Daya nilai/ tilikan

Daya nilai : bagaimanapun pasien menilai aspek social.misal bertanya mencuri itu baikatau buruk

18. Insight/ tilikan : kesadaran/pemahaman pasien terhadappenyakitnya

Tingkatanya:

1. Penyangkalan total atas penyakitnya
2. Sedikit memahami bahwa dia butuh bantuan, kemudian saat yang bersamaan dia menyangkal
3. Sadar kalau dia sakit tapi menyalahkan factor eksternal
4. Kesadaran bahwasakitnya disebabkan Karena factor yang tidak diketahui dalam dirinya

5. Tilikan intelektual: kesadaran bahwa penyakitnya disebabkan oleh sesuatu yang tidak benar dalam dirinya tapi tidak menggunakan kesadaran ini untuk pengalaman dimasa depan
6. Tilikan emosionalsejati: kesadaran emosional atas motif danperasaan dalam diri pasien dan orang disekitarnya yang menyebabkan perubahan perilaku mendasar

19. Reliabilitas

Kesan dokter apakah pasien melaporkan apa yang dialaminya dengan akurat

C. PEMERIKSAAN FISIK UMUM

Terutama berubungan dengan kemungkinan penyebab organik. Misal kesadaran (derilium), status neurologis, keadaan kehamilan atau post partum, adakah demensia, adakah trauma cerebri, kejang

D. PEMERIKSAAN PSIKOLOGI

Tidak setiap pasien memerlukan, tapi bermanfaat dalam memperluaspemahaman pasien. Bertujuan membantu mendeteksi sindrom organik, membantu mengidentifikasi psikotik ambang, memberikan data dasar mengenai fungsi khusus dan umum.

Testyang dipakai dapat berupa (MMPI, WAIS, Bender gelstat test, Raschoach test, MMSE dan lain-lain

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Bertujuan menyingkirkan keadaan organik. Dapat berupa EEG, pemeriksaan kadar zat dalam darah, pencitraan otak dan lain-lain

BAB II

GANGGUAN MENTAL DAN PERILAKU AKIBAT PENGUNAAN ZAT PSIKOAKTIF

2.1. INTOKSIKASI AKUT ZAT PSIKOAKTIF

No. ICPC II:

No. ICD X: F10-19: mental and behavioral disorder due to psicoactive use

PPDGJ III

Kode.F1x.00 tanpa komplikasi

F1x.01 dengan trauma dan cedera tubuh lainnya

F1x.02 dengan komplikasi medis lainny

F1x.03 dengan derilium

F1x.04 dengan distorsi persepsi

F1x.05 dengan koma

F1x.06 dengan konvulsi

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Adalah kondisi peralihan yang timbul akibat penggunaan zat psikoaktif atau alcohol sehigga terjadi penurunan kesadaran, gangguan kognitif, gangguan persepi, gangguan afek, fungsi dan respon psikofisioogis lainnya. Intoksikasiberkurang dengan berjalannya waktu dan efeknya akan hilang. Dan orang akan kembali normal jika tidak menggunakan lagi, kecuali sudah terjadi kerusakan jaringan

Penggolongan Zat psikoaktif

1. Narkotika

Narkotika yaitu zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa nyeri, dan menghilangkan atau mengurangi rasa nyeri.

Menurut undang-undang nomor 22 tahun 1997, narkotika dibagi menurut potensi yang menyebabkan ketergantungan sebagai berikut:

a. Narkotika golongan I:

berpotensi sangat tinggi menyebabkan ketergantungan. Tidak digunakan untuk terapi (pengobatan). Macam jenisnya ; heroin, putauw (heroin tidak murni bubuk) kokain, dan ganja.

b. Narkotika golongan II:

berpotensi menyebabkan ketergantungan. Digunakan pada terapi sebagai pilihan terakhir. Macam jenisnya; morfin, petidin dan metadon.

c. Narkotika golongan III:

berpotensi menyebabkan ketergantungan dan banyak digunakan dalam terapi, macam jenisnya; kodein.

2. Psikotropika

Psikotropika yaitu zat atau obat, baik alami maupun sintetis bukan narkotik, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat, dan menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Psikotropika dibagi menurut potensi yang dapat menyebabkan ketergantungan, yaitu:

a. Psikotropika golongan I:

berpotensi sangat kuat menyebabkan ketergantungan dan tidak digunakan dalam terapi. Macam jenisnya; ekstasi

b. Psikotropika golongan II:

berpotensi kuat menyebabkan ketergantungan, digunakan sangat terbatas pada terapi. Macam jenisnya; amfetamin, metamphetamine (sabu), feniklidin, dan ritalin.

c. Psikotropika golongan III:

berpotensi sedang menyebabkan ketergantungan, banyak digunakan dalam terapi. Macam jenisnya; pentobarbital dan flunitrazepam.

d. Psikotropika golongan IV:

berpotensi ringan menyebabkan ketergantungan, dan sangat luas digunakan dalam terapi. Macam jenisnya; diazepam, klobazam, fenobarbi barbital, klorazepam, kiordiazepoxide, dan nitrazepam (nipam, pil KB/koplo, DUM, Mg, lexo, rohyp).

3. Zat psikoaktif lain

Yang dimaksud adalah zat/bahan lain yang bukan narkotika dan psikotropika, namun berpengaruh pada kerja otak, dan tidak tercantum dalam peraturan perundang-undangan tentang narkotika dan psikotropika. Zat psikoaktif lain yang sering disalahgunakan adalah:

- a. Alkohol, yang terdapat pada berbagai jenis minuman keras.
- b. Inhalansia/ solven, yaitu gas atau zat yang mudah menguap, yang terdapat pada berbagai keperluan pabrik, kantor, dan rumah tangga.
- c. Nikotin, yang terdapat pada tembakau.
- d. Kafein, yang terdapat pada kopi, minuman penambah energi dan obat sakit kepala tertentu.

Hasil Anamnesis(Subjective)

- Sedang mengonsumsi zat psikoaktif
- Terdapat perubahan tingkah laku psikologis maladaptive
- Tidak disebabkan gangguan medis lain

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Objective)

ALKOHOL

- Bicara meracau
- Inkoordinasi
- Gaya berjalan tidak stabil
- Nystagmus

- Hendaya atensi/memori
- Stupor/koma
- Pemeriksaan psikiatri didapatkan : agresif, perilaku seksual yang tidak pada tempatnya, labilitas mood, gangguan daya nilai, gangguan fungsi social dan occupational)
- Tanda intoksikasi :
 - Penurunan kesadaran, stupor, koma,
 - Perubahan status mental
 - Kulit dingin dan lembab, suhu tubuh rendah

AMFETAMIN

- Perilaku maladaptive signifikan (euphoria, penumpukan afek, hipervigilans, sensitivitas interpersonal, ansietas, ketegangan, perilaku stereotipi, daya nilai terganggu, fungsi sosial dan okupasional terganggu
- Pemeriksaan fisik didapatkan : takikardia, atau bradikardia, tekanan darah naik atau turun, berkeringat/menggigil, mual/muntah, agitasi/retardasi psikomotor, kelemahan otot, depresi nafas, nyeri dada, atau aritmia

KAFEIN

- Paling tidak terdapat 5 tanda : gelisah, gugup, eksitasi, insomnia, diuresis, muka merah, gangguan gastrointestinal, alur pikir kacau, takikardia, aritmia, periode tidak merasa lelah, agitasi psikomotor
- Gejala diatas menimbulkan penderitaan, hendaya fungsi social, okupasional secara signifikan

KANABIS

- Perubahan perilaku maladaptive secara signifikan (koordinasi terganggu, euphoria, ansietas, sensasi waktu melambat, daya nilai terganggu, penarikan social.
- Dua atau lebih tanda berikut dalam waktu 2 jam : injeksi konjungtiva, peningkatan nafsu makan, mulut kering, takikardia

KOKAIN

- Perubahan maladaptive bermakna(euphoria, afek tumpul, perubahan sosialibilitas, hipervigilans, ansietas, perilaku stereotip, kemarahan, ketegangan, gangguan fungsi sosial dan okupasional
- Dua atau lebih gejala dibawah ini setelah 2 jam, takikardia, bradikardia, dilatasi pupil, peningkatan dan peningkatan tekanan darah, berkeringat atau menggigil, penurunan berat badan, kelemahan otot, depresi nafas, nyeri dada dan aritmia

HALUSINOGEN

- Perubahan perilaku maladaptive, perubahan psikologis, berupa ansietas, depresi, ketakutan menjadi gila, ide paranoid, daya nilai terganggu, fungsi sosial dan okupasional terganggu
- Perubahan persepsi, dalam kesadaran dan kewaspadaan penuh(intensifikasi persepsi subjektif, depersonalisasi, derealisasi, ilusi, halusinasi, sinestesia
- Pada pemeriksaan fisik didapatkan, dilatasi pupil, takikardia, berkeringat, palpitasi, pandangan kabur, tremor, inkoordinasi

OPIOID

- Perubahan perilaku maladaptive, psikologis : euphoria isial yang diikuti apati, agitasi/ retardasi psikomotor, daya nilai terganggu, gangguan fungsi sosial dan okupasional
- Konstiksi pupil akibat anoksia dan satu atau lebih yaitu : mengantuk, koma, hendra atensi dan memori

HIPNOTIK, SEDATIVE, ANSIOLITIK

- Perubahan perilaku maladaptive, perubahan psikologis, berupa perilaku yang tidak pada tempatnya, agresif, labilitas mood, daya nilai terganggu, fungsi sosial dan okupasional terganggu
- Satu atau tanda berikut : bicara cadel, inkoordinasi, cara berjalan tidak stabil, nistagmus, hendra atensi dann memori, stupor,koma

Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Penunjang bertujuan untuk mencari Diagnosis penyakit utama, yaitu:

Pemeriksaan kandungan zat dalam darah dan urin

Pada intoksikasi alkohol terdapat :

- Kadar γ -glutamil transpeptidase meningkat
- Kadar MCV meningkat
- Kadar asam urat, trigliserida meningkat
- Kadar SGOT dan SGPT meningkat

Penegakan Diagnostik(Assessment) Diagnosis Klinis

Diagnosis Banding

- 1.Intoksikasi zat psikoaktif
2. Gejala putus obat zat psikoaktif
3. Gangguan psikosis akut

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan) Tujuan Terapi

- a. life saving akibat intoksikasi
- b. detoksifikasi
- c. eliminasi
- d. antidotum
- e. mengurangi gejala akibat zat psikoaktif
- f. Rehabilitasi

Tahapan Penatalaksanaan :

- Stabilisasi
Cek Airway, breathing, circulation dulu, lakukan RJP bila perlu
- Dekontaminasi Gastrointestinal
Cegah absorbs lebih lanjut, sehingga mencegah kerusakan→
bilas lambung menggunakan air, bila kejadian < 2 jam.
Berikan karbon aktif untuk mengikat racun dalam usus

- Dekontaminasi pulmoner
Menjauhkan dari inhalasi zat racun bila ada
- Dekontaminasi mata
Apabila terkena mata, irigasi dengan air dengan kepala menghadap sisi mata yang terburuk
- Dekontaminasi kulit, kuku
Lepaskan pakaian yang terkena
- Eliminasi
Tindakan mempercepat pengeluaran racun yang ada pada aliran darah, bila keracunan lebih 4 jam
- Berikan antidotum jika ada
- Bila terjadi koma, posisi face down untuk mencegah aspirasi
- Injeksi Tiamine 100 mg I.v untuk profilaksis wernike ensephalopathy, lalu dextrose 50 %
- Apabila agitasi, berikan clor diazepam oral 25-100 mg tiap 6 jam
- Apabila terjadi agitasi parah /halusinosis, berikan diazepam oral 5-10 mg tiap 4-6 jam
- Apabila kejang, putus kejang dengan diazepam intravena 0,15 mg/kg-2,5 mg/kg
- Apabila terjadi delirium tremens injeksi lorazepam intravena 0,1-2 mg/kg BB

Komplikasi

- Paralisis pernafasan
- Obstructive sleep apnea
- Aritmia jantung

Konseling & Edukasi

Memberikan informasi terhadap keluarga/ *care giver* agar mereka dapat memahami tentang bahaya. Intoksikasi zat psikoaktif

Kriteria Rujukan

- Bila Terdapat intoksikasi berat
- Bila gejala agitasi telah terkendali,
- ancaman gagal nafas,
- koma pasien dapat segera dirujuk ke fasilitas pelayanan rujukan sekunder untuk mengatasi intoksikasi berat

SaranaPrasarana: UGD

Prognosis

Prognosis tergantung berat ringannya intoksikasi, tergantung kerusakan organ akibat intoksikasi

2.2. ADIKSI DAN KETERGANTUNGAN NARKOBA

Kemapuan ;3A

IPCP II:P15-19: substance abuse

ICD X:F.10-19 : substance abuse

KODE MENURUT PPDGJ III

- F1x.2 sindrom ketergantungan
- F1x.20 kini abstinen
- F1x.21 kini abstinen tapi dia berada pada lingkungan yang terlindung
(dalam rumah, tempat rehabilitasi, rumah sakit, lembaga pemasyarakatan)
- F1x.22 kini dalam pengawasan dengan terapi pemeliharaan dengan zat pengganti(ketergantungan dan terkendali) misalnya methadone,penggunaan nicotinegum atau nicotine patch)
- F1x.23 Kini abstinen, tapi sedang dalam terapi obataversif atau penyekat
(disulfirmatau naltrexon)
- F1x.24 kini sedang menggunakan zat psikoatif
- F1x.25 penggunaan berkelajtan
- F1x.26 penggunaan episodic

KRITERIA DIAGNOSTIK

PPDGJ III

Diagnosis ditegakkan jika terdapat 3 atau lebih gejala dibawah ini dan dialami 1 tahun sebelumnya

- Ada keinginan kuat/dorongan yang memaksa (kompulsi) untuk menggunakan psikoaktif
- Kesulitan dalam perilaku mengendalikan perilaku menggunakan zat, termasuk sejak mulainya, usaha penghentian atau pada tingkat menggunakan
- Keadaan putus zat secara fisiologis atau keadaan penghentian penggunaan zat, pengurangan . Terbukti dengan gejala putus obat yang khas. Atau orang tersebut sedang menggunakan zat sejenis untuk mengurangi gejala putus obat
- Terbukti adanya toleransi berupa peningkatan dosis psikoaktif yang diperlukan guna memperoleh efek yang sama (misal orang yang kecanduan alkohol, kan menggunakan dosis harian yang mematikan apabila dipakai oleh pemula
- Secara progresif mengabaikan menikmati kesenangan lain/minat lain. Disebabkan oleh penggunaan zat psikoaktif, meningkatnya jumlah waktu yang diperlukan untuk mendapatkannya, atau menggunakan zat untuk pulih dari akibatnya
- Tetap menggunakan zat meskipun menyadari ada akibat yang merugikan kesehatan.
Misal : gangguan fungsi hati karena alkohol
Perlu usaha untuk mengetahui bahwa pengguna bersungguh-sungguh dan sadar akan bahayanya

KRITERIA DIAGNOSTIK MENURUT DSM-TR-IV

Suatu pola maladaptif penggunaan zat yang menimbulkan hendaya dan penderitaan klinis secara signifikan. Yang dimanifestasikan 3 hal berikut, berlangsung dalam 12 terakhir

1. Toleransi

- Kebutuhan untuk terus meningkatkan jumlah zat untuk mencapai intoksikasi/efek yang diinginkan
- Penurunan efek yang sangat nyata dengan berlanjutnya penggunaan zat dalam jumlah yang sama

2. Putus zat, dimanifestasikan sbb:

- Karakteristik sindrom putus zat spesifik
- Zat yang sama atau yang berkaitan dikonsumsi untuk mengurangi efek putus zat

3. Zat sering dikonsumsi dalam jumlah yang lebih besar atau dalam periode yang lebih lama daripada seharusnya

4. Terdapat keinginan persisten, atau tidak berhasil dalam upaya mengurangi atau mengendalikan pemakaian

5. Menghabiskan banyak waktu untuk memperoleh zat untuk pulih dari efeknya

Missal : mengunjungi banyak dokter untuk mendapatkan obat tersebut

6. Mengorbankan atau mengurangi aktivitas rekreasi, pekerjaan atau sosial yang penting, karena penggunaan zat

7. Penggunaan zat berlanjut, meski menyadari ada masalah fisik atau psikologis rekuren yang disadarinya disebabkan oleh penggunaan zat

Tentukan apakah:

Gejala diatas disertai ketergantungan fisiologis(bukti adanya toleransi/putus zat)→no 1 dan 2

Tanpa ketergantungan fisiologis yaitu tidak ada bukti toleransi/putus obat-→ no 1 dan 2 tidak ada

Penentuan perjalanan waktu

- Remisi penuh dini
- Remisi parsial dini
- Remisi penuh berkelanjutan
- Remisi parsial berkelanjutan

- Dalam terapi agonis
- Dalam lingkungan terkontrol

PENANGANAN DAN REHABILITASI

Beberapa orang dengan ketergantungan zat akan hilang sendiri dengan bertambahnya usia. Pasien dengan kecanduan ringan, penanganan dalam waktu singkat juga akan efektif.

Penatalaksanaan paling utama adalah mengubah motivasi dari pengguna untuk lepas dari zat. Selain itu perlu mengubah lingkungan sehingga mendukung penghentian. Terapi individu, terapi keluarga dan terapi kelompok juga diperlukan. Untuk mencegah relaps diperlukan juga terapi farmakologi sesuai dengan jenis kecanduan

PENANGANAN DAN REHABILITASI MENURUT JENIS ZAT

A. ALKOHOL

- Dukungan keluarga dan lingkungan
- Berkumpul dengan orang yang telah lepas dari ketergantungan
- Pemeriksaan gangguan medis yang timbul karena alkohol
- Istirahat cukup, nutrisi adekuat, vitamin multiple
- Terapi detoksifikasi pada keadaan ringan, 5 hari sejak putus dengan zat depresan otak tidak berfungsi, maka sebagai gantinya kita dapat mensubstitusi dengan depresan otak, kemudian obat substitusi ini di tapering off selama 5 hari.

Selain itu juga terapi detoksikasi social ditambah penggunaan α adrenergic agonis yang bekerja secara sentral juga sama efektifnya

- Terapi detoksifikasi gejala yang berat : diberikan sesuai dengan gejala, bila agitasi berat sampai derilium benzodiazepine dapat digunakan pada hari pertama, kemudian tapering off selama 5 hari. Bila ada gejala psikotik, maka diberikan antipsikotik, haloperidol, kemudian di tapering off, bila terbukti ada kejang dapat diberikan antikonvulsan

- Rehabilitasi dan konseling

Ada 3 komponen yaitu 1. mempertahankan motivasi untuk berhenti, 2. Membantu usaha pasien dalam menyesuaikan diri dalam hidup yang bebas alkohol, 3. Pencegahan relaps

B. Amfetamin

- Psikoterapi individual, keluarga, kelompok
- Penanganan spesifik sesuai gejala misal ansietas terinduksi amfetamin diberikan ansiolitik dan anti psikotik (bila ada gejala psikosis), bila tidak ada gejala psikosis berikan diazepam untuk agitasinya. Semua obat di tapering off
- Bupropion untuk substitusi saat putus obat

C. Kafein

- Analgesic, untuk nyeri otot
- Benzodiazepine jarang diperlukan. Hanya dipakai 7-10 hari
- Konseling perubahan perilaku dengan cara membuat jadwal konsumsi kafein sendiri

D. KOKAIN

- Strategi social biologis dan psikologis
- Rawat inap untuk abstinensi kokain
- Terapi psikologis pada penderita, keluarga dan kelompok social
- Heroin : diberikan ajuvan farmakologis metadon,
Gangguan gangguan mood akibat putus obat : diterapi dengan metal fenitoin/lithium
- Detoksifikasi

E. KANABIS

- Abstinensi, rawat inap, pemantauan ketat zat dalam urin selama 4 minggu
- Psikoterapi individual, keluarga dan kelompok
- Anti ansietas untuk terapi jangka pendek gejala putus obat
- Bila ada gejala depresi dapat diberikan anti depresan

F. HALUSINOGEN

- Psikosis terinduksi halusinogen : anti psikotik, lithium karbonat, anti depresan, anti konvulsan dan elektrokonvulsif
- Terapi suportif, edukasional dan keluarga
- Tujuan terapi adalah pengendalian gejala, meminimalkan perawatan Rumah sakit, berkembangnya pekerjaan harian, hubungan social dan penatalaksanaan komorbid seperti ketergantungan alkohol

G. OPIOID

- Penangan overdosis
ABCD, amankan jalan nafas, pasang ventilasi mekanik sampai naloxon dapat diberikan, secret pada jalan nafas diaspirasi
Tanda perbaikan : laju nafas meningkat, dilatasi pupil
- Metadon diberikan untuk mengurangi gejala putus obat
- Psikoterapi individu berupa terapi perilaku kognitif, terapi keluarga dan kelompok pendukung
- Komunitas terapeutik (komunitas yang anggotanya terdiri dari orang yang bermasalah sama) sehingga dapat saling memotivasi untuk abstinensi, mengembangkan kejujuran pribadi, dan meningkatkan ketrampilan social
- Swa – bantu dengan kelompok yang telah terbebas dari kecanduan
- Edukasi tentang tukar-menukar jarum yang membahayakan berpotensi penularan HIV

Rujukan :

- Bila terdapat gejala putus obat yang berat dan mengancam nyawa
- Bila terdapat gangguan psikiatri berat
- Tidak tersedia sarana dan obat untuk mengatasi ketergantungan dan putus obat

Prognosis

Ketergantungan alcohol akan ditandai dengan periode remisi dan kambuh. 40% penderita meninggal lebih awal (15 % karena bunuh diri, 30% karena bermasalah dengan alcohol). Sekitar 1/3 pecandu alcohol dapat pulih dari ketergantungan.



BAB III

PSIKOSIS (SKIZOFRENIA, GANGGUAN WAHAM MENETAP, PSIKOSIS AKUT, SKIZOAFEKTIF)

3.1. SKIZOFRENIA

Kemampuan : 3A

F.20.Skizofrenia

F.20.1-9

Masalah Kesehatan

Gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan penilaian realita (waham dan halusinasi). Sekitar 1 % penduduk dunia mengalami gangguan psikotik selama hidupnya. Di Amerika sekitar 2 juta orang menderita skizofrenia. Skizofrenia banyak terjadi pada penduduk urban dengan sosial ekonomi rendah

Etiologi

a. Biologi

Ditemukan pelebaran ventrikel 3 dan lateral, atrofi lobus temporal medial bilateral (girus hippocampus, parahippocampus dan amygdale). Terdapat disorientasi spasial sel piramida hippocampus, penurunan volume korteks prefrontal dorsolateral. Gangguan hippocampus dikaitkan dengan gangguan memori, Atrofi lobus frontalis dihubungkan dengan gejala negatif skizofrenia,

Pada penderita skizofrenia ditemukan antibodi terhadap cytomegalovirus dalam LCS, terdapat limfosit yang teraktivasi pada LCS, kelainan hemisfer kiri, gangguan transmisi, pengurangan volume corpus callosum, pengecilan vermis cerebri, penurunan aliran darah dan metabolisme glukosa dalam lobus frontal

Peningkatan insiden skizofrenia dihubungkan dengan BBLR, lahir pada masa epidemic influenza, gangguan neurologi minor

b. Bokimia

Hipotesis yang banyak ditemukan yaitu adanya gangguan neurotransmitter sentral yang dihubungkan dengan aktivitas dopamine yang berlebihan, berdasar 3 penemuan utama

- Aktivitas antipsikotik typical bertujuan memblokir neurotransmitter dopamine pascasinaps
- Psikosis amfetamin secara klinis sukar dibedakan dengan skizofrenia paranoid akut. Mengingat, amfetamin juga melepas dopamine sentral
- Terdapat peningkatan reseptor D pada nucleus caudatus, nucleus accumbens dan putamen

Teori lain juga berhubungan dengan peningkatan neurotransmitter serotonin, kelebihan NE pada sistem limbic

c. Genetik

Skizofrenia adalah gangguan familial, meningkat pada saudara kembar terutama kembar monozigot. Anak yang orang tuanya menderita skizofrenia tetapi dirawat oleh orang normal, angka kejadian skizofrenia akan sama dengan anak yang diasuh oleh orang tua skizofrenia. Angka kejadian skizofrenia meningkat jika ada riwayat keluarga, dihubungkan dengan gangguan kepribadian ambang dan skizotipal, gangguan obsesif kompulsif, gangguan kepribadian paranoid dan antisosial

Terdapat bukti chromosomal linkage pada kromosom no 6

d. Proses Keluarga

Pasien yang berisiko adalah pasien yang tinggal dilingkungan keluarga yang penuh permusuhan, keluarga yang overprotektif, atau dikekang. Pola komunikasi keluarga yang kontradiktif memberikan kecenderungan anak menderita skizofrenia

Manifestasi Klinik

- Gangguan proses pikir → asosiasi longgar, ekolalia, overinklusif, neologisme, blocking, clanging, konkritisasi, alogia
- Gangguan isi pikir → waham : adalah suatu keyakinan yang salah yang menetap, tidak sesuai dengan fakta, diyakini 100% dan tidak dapat dipatahkan. Jenis waham antara lain : waham kejar, waham kebesaran, waham penyiaran isi pikir, waham penyisipan isi pikir, waham aneh, waham rujukan, waham mempengaruhi,
- Gangguan persepsi : halusinasi, ilusi pada beberapa pancaindra, pada skizofrenia terutama halusinasi auditorik phonema
- Gangguan emosi → afek datar/ tumpul, afek tak serasi, afek labil
- Gangguan perilaku → berbagai perilaku yang tak sesuai atau aneh dapat terlihat . Misalnya sikap tubuh yang aneh, perilaku ritual, agresif, perilaku seksual yang tidak serasi biasanya gejala aktif ini berlangsung selama berminggu atau bulan. Kemudian pasien mengalami kekambuhan aktif dan periode remisi
- Gangguan motivasi → kehilangan kehendak atau tidak ada aktifitas. Biasanya gejala ini muncul jika akan terjadi kekambuhan.
- Gangguan neurokognitif → terdapat gangguan atensi, gangguan memori, menurunnya kemampuan untuk menyelesaikan masalah serta fungsi eksekutif

Pedoman diagnosis berdasar ICD 10 dan PPDGJ III

- a. Pikiran bergema (thought echo), penarikan pikiran atau penyisipan pikiran (thought withdrawal atau thought insertion) dan penyiaran pikiran (thought broadcasting)
- b. Waham dikendalikan, waham dipengaruhi atau “passivity” , yang jelas merujuk pada pergerakan tubuh atau pergerakan anggota gerak, pikiran, perbuatan atau perasaan khusus

- c. Halusinasi berupa suara yang berkomentar tentang perilaku pasien atau sekelompok orang yang sedang mendiskusikan pasien atau bentuk halusinasi suara lainnya yang datang dari bagian tubuh
- d. Waham menetap sejenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali mustahil, misal mampu berkomunikasi dengan makhluk luar angkasa
- e. Overvalued ideas yang menetap yang terjadi setiap hari selama berminggu – minggu
- f. Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan yang berakibat inkoheren atau pembicaraan tidak relevan atau neologisme
- g. Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah, sikap tubuh tertentu atau fleksibilitas sereal, negativisme, mutisme dan stupor
- h. Gejala – gejala negative, seperti sikap masa bodoh, pembicaraan yang terhenti, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi antipsikotik
- i. Perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku perorangan, bermanifestasi hilangnya minat, tak bertujuan, sikap malas, sikap berdiam – diam dan penarikan diri secara sosial.

Penggolongan Skizofrenia menurut PPDGJ III

1. Skizofrenia hebefrenik

- Memenuhi criteria umum skizofrenia
- Onset usia muda
- Kepribadian premorbid : pemalu, soliter, tetapi tidak harus ada
- Perilaku yang tidak bertanggung jawab, soliter, hampa tujuan, hampa perasaan
- Afek dangkal dan tidak wajar (inappropriate)
- Perasaan puas diri, senyum sendiri, giggling, menyeringi, grimacing, proses pikir yang mengalami disorganisasi dan inkohern

- Gangguan afektif dan berkehendak yang menonjol sehingga timbul perilaku yang tidak bertujuan
- Gangguan waham dan halusinasi yang tidak menonjol

2. Skizofrenia paranoid

- Memenuhi criteria skizofrenia, ditambah halusinasi auditorik phoneme yang bersifat menyuruh, mengejek, mengancam. Halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal seperti berdengung, suara tawa, suara peluit
- Waham yang menonjol adalah delusion of control dan delusion of insertion, delusion of passivity, keyakinan dikejar-kejar orang
- Gangguan afektif dan berkehendak dan pembicaraan tidak nyata

3. Skizofrenia tak terinci(undifferentiated)

- Memenuhi criteria umum skizofrenia
- Tidak memenuhi skizofrenia katatonik dan hebefrenik
- Tidak memenuhi untuk skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia

4. Skizofrenia residual

- Gejala negatif menonjol:perlambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek rumpul, pasif, tidak ada inisiatif, kualitas dan kuantitas komunikasi menurun, komunikasi non verbal memburuk, posisi tubuh, perawatan diri memburuk, kinerja sosial memburuk
- Sedikitnya terdapat 1 episode psikotik aktif (gejala positif) sebelumnya
- Setidaknya sudah setahun, sejak gejala positif waham dan halusinasi menurun dan telah terjadi sindrom negatif skizofrenia
- Tidak terdapat bukti adanya demensia atau gangguan mental organik, depresi kronis yang menjelaskan sindrom negatif tersebut

5. Skizofrenia simpleks

- Gejala negatif yang khas dari skizofrenia residual tetapi tanpadidahului oleh riwayat gejala aktif seperti waham dan halusinasi atau manifestasi dari gejala psikotik akut
- Disertai dengan perubahan perilaku yang mencolok : seperti berbuat sesuatu tanpa tujuan, gangguan minat, penarikan diri secara sosial
- Gejala aktif psikotik kurang jelas dibandingkan dengan gangguan skizofrenia lain

Pedoman Diagnostik

- ✓ Minimal satu gejala yang jelas (dua atau lebih bila gejala kurang jelas) yang tercatat pada kelompok a sampai d di atas, atau paling sedikit dua gejala dari kelompok e sampai h, yang harus ada dengan jelas selama kurun waktu satu bulan atau lebih. Kondisi – kondisi yang memenuhi persyaratan pada gejala tersebut tetapi lamanya kurang dari satu bulan (baik diobati atau tidak) harus di diagnosis sebagai gangguan psikotik lir skizofrenia akut
- ✓ Secara retrospektif, mungkin terdapat fase prodromal dengan gejala – gejala dan perilaku kehilangan minat dalam bekerja, dalam aktifitas (pergaulan) sosial, penelantaran penampilan pribadi dan perawatan diri, bersama dengan kecemasan yang menyeluruh serta depresi dan preokupasi yang berderajat ringan, mendahului awitan gejala – gejala psikotik selama berminggu – minggu bahkan berbulan – bulan. Karena sulitnya menentukan onset kriteria lamanya satu bulan berlaku hanya untuk gejala – gejala khas tersebut di atas dan tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal
- ✓ Diagnosis skizofrenia tidak dapat ditegakkan bila terdapat secara luas gejala – gejala depresif atau manic kecuali bila memang jelas, bahwa gejala – gejala skizofrenia itu mendahului gangguan afektif tersebut

- ✓ Skizofrenia tidak dapat didiagnosis bila terdapat penyakit otak yang nyata, atau dalam keadaan intoksikasi atau putus zat

Pedoman diagnose Skizofrenia berdasar DSM-TR-IV

- Berlangsung sedikitnya 6 bulan
- Hendaya pada fungsi sosial, pekerjaan, perawatan diri dan pemanfaatan waktu luang
- Terdapat gejala aktif psikosis (seperti disebutkan diatas) selama periode tertentu
- Tidak ditemukan gejala yang mengarah kepada gangguan skizoafektif, gangguan mood mayor, atau gangguan organik

Klasifikasi Psikosis Menurut DSM IV

- a. Type disorganisasi
Afek tumpul, tolol, tidakserasi
Sering inkoheren
Waham tidak simetris, menyeringai, manerisme yang aneh sangat sering ditemui
- b. Type katatonik
Stupor kataton/ mutisme
Negativism katatonik
Rigiditas katatonik
Postur katatonik
Kegembiraan katatonik
- c. Type paranoid
Paling sering dan paling stabil
Waham paranoid yang konsisten yang kadang tidak dapat diatasi oleh pasien
Tidak kooperatif, agresif, mudah marah
Jarang memperlihatkan perilaku inkoheren dan disorganisasi
- d. Type yang tidak terdeferensiasi
Halusinasi menonjol, waham dan gejala psikotik aktif menonjol (misal inkoheren atau kebingungan), tapi tidak spesifik pada ke tiga type diatas

e. Type residual

Pasien dalam masa remisi psikosis akut, tapi masih memperlihatkan gejala residual(penarikan diri, afek datar/tidak serasi, perilaku ekstrensik, asosiasi longgar dan pikiran tidak logis)

Diagnosis Banding

1. Gangguan kondisi medis umum misalnya epilepsy lobus temporalis, stadium awal multiple sklerosis dan sindrom lupus eritematosus
2. Penyalahgunaan alkohol dan zat psikoaktif
3. Gangguan skizoafektif
4. Gangguan afektif berat
5. Gangguan waham
6. Gangguan kepribadian skizotipal
7. Gangguan kepribadian schizoid
8. Gangguan kepribadian paranoid

Penatalaksanaan

a. Fase akut

- Farmakoterapi

Terapi bertujuan mencegah pasien melukai dirinya atau orang lain, mengendalikan perilaku yang merusak, mengurangi beratnya gejala psikotik dan gejala terkait lainnya misalnya agitasi, agresi dan gaduh gelisah

Obat injeksi :

- olanzapine, dosis 10mg/injeksi, im, dapat diulang tiap 2 jam, dosis maks 30mg/hr
- haloperidol, dosis 5 mg/injeksi, im, dapat diulang tiap setengah jam, dosis maks 20mg/hr
- diazepam 10mg/injeksi, iv/im, dosis maks 30 mg/hr

obat oral

pemilihan antipsikotika ditentukan oleh pengalaman pasien sebelumnya. Pada fase akut obat segera diberikan setelah diagnosis ditegakkan dan dosis dimulai dari dosis anjuran dinaikkan perlahan secara bertahap dalam waktu 1-3 minggu sampai dosis optimal yang dapat mengendalikan gejala

- Psikoedukasi

Tujuan intervensi mengurangi stimulus yang berlebihan, stressor lingkungan dan peristiwa kehidupan.

- Terapi lain → ECT

b. Fase stabilisasi

- Farmakoterapi

Tujuan adalah mempertahankan remisi gejala atau mengontrol, meminimalisasi risiko atau konsekuensi kekambuhan dan mengoptimalkan fungsi dan proses kesembuhan. Setelah diperoleh dosis optimal, dosis dipertahankan selama lebih kurang 8-10 minggu sebelum masuk ke tahap rumatan. Pada fase ini dapat diberikan antipsikotika jangka panjang setiap 2-4 minggu

- Psikoedukasi

Tujuan adalah meningkatkan keterampilan orang dengan skizofrenia dan keluarga dalam gejala. Mengajak pasien untuk mengenali gejala, melatih cara mengelola gejala, merawat diri, mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan

c. Fase rumatan

- Farmakoterapi

Dosis mulai diturunkan secara bertahap sampai dosis minimal yang masih mampu mencegah kekambuhan

- Psikoedukasi

Tujuan adalah mempersiapkan pasien kembali pada kehidupan masyarakat

Indikasi Rawat

Keadaan derilium, ancaman bunuh diri, membunuh atau penderita yang tidak mempunyai dukungan dimasyarakat

Apabila memungkinkan rawat jalan karena rawatlama dirumah sakit berefek pada penarikan diri dan kehilangan keterampilan

Apabila dirawat ciptakan lingkungan perawatan yang mendukung, bebaskan pasien selama tidak membahayakan, Ciptakan tempat pasien mengembangkan keterampilan, peningkatan komunikasi interpersonal dan mengajarkan metode baru dalam penyelesaian masalah. Selain itu diajarkan modifikasi perilaku tertentu yang dapat diterima dimasyarakat

Prognosis

Perjalanan penyakit bersifat kronis. Terdapat skizofrenia proses(perjalanan penyakit yang berangsur-angsur dari akut sampai mengalami kemunduran kronis) dan skizofrenia reaktif yang onsetnya cepat dan prognosa baik. Apabila dominan gejala positif, maka akan berespon terhadap antipsikotik, tetapi gejala negatif tidak berespon terhadap antipsikotik typical namun berespon baik terhadap antipsikotik atypical

Berprognosis baik jika:

- Onset ke fase aktif cepat
- Onset setelah umur 30 tahun
- Fungsi sosial dan pekerjaan pada fase premorbid baik
- Terjadi kebingungan yang jelas dan gambaran emosi yang menonjol pada saat periode akut(gejala positif)
- Stressor jelas
- Tidak ada bukti kelainan SSP
- Tidak ada riwayat keluarga yang menderita skizofrenia

3.2. GANGGUAN WAHAM

Kemampuan : 3 A

F.22

F.22.0 Gangguan waham menetap

F.22.8 Gangguan waham menetap lainnya

F.22.9. Gangguan waham menetap YTT

A. PENGERTIAN

Waham adalah keyakinan yang salah terhadap sesuatu yang eksternal, yang tidak sejalan dengan sosiokultur dan intelegensi seseorang, dan tidak dapat dikoreksidengansatu alasan.

Syarat waham

- Non realistic
- Egosentris berasal dari diri pasien
- Tidak dapat dipatahkan
- 100% diyakini
- Tidak logis

Waham menurut konsepnya terbagi menjadi

1. Waham sistematis: keyakinan palsu yang dihubungkan dengan suatu peristiwa, tanggal atau tema yang melibatkan situasi menurut pikiran terjadipad kehidupan nyata.
2. Waham bizarre : keyakinan yang salah bersifat non realistic dihubungkan dengan pengalaman hidupnya

Waham Berdasarkan Temanya:

- Waham erotomania : waham yang menganggap status yang lebih tinggi darinya jatuh cinta padanya
- Waham kebesaran : type waham ini terdapat kekuatan, kemampuan, penghargaan atau identitas yang berlebih
- Waham cemburu : waham yang menganggap pasangan seksual tidak setia

- Wahamkejar : orang yang dekat dianggap diperlakukan dengan kasar
- Waham somatic: menganggap bahwa ia mempunyai cacat fisik atau kondisi medis umum
- Waham campuran : keadaan yang memperlihatkan campuran di atas tapi tidak ada salah satu yang menonjol

Gangguan Waham adalah Gangguan waham non bizarre sekurang-kurangnya 1 bulan dan tidak disebabkan gangguan psikiatri lain

Tidak bizarre bahwa waham mengenai pengalaman dalam kehidupan nyata, mereka mengalami fenomena tersebut walaupun tidak nyata

Missal : dicintai dari jauh, diikuti orang dan lain-lain

B. Masalah Kesehatan

Pasien biasanya umur 40 an. Dapat dikenali karena sistem wahamnya dikenali oleh keluarga dan teman dekatnya. Sukar didiagnosa karena pasien sangat tidak percaya dengan pemeriksa.

C. Etiologi

Factor biologis : dapat terjadi karena zat psikoaktif, tumor pada daerah limbic dan ganglia basalis.

Teori Psikodinamika: anggapan tentang orang yang hipersensitif, dan mekanisme ego spesifik, (formasi reaksi, penyangkalan dan proyeksi)

D. Kriteria Diagnostik Gangguan Waham menurut DSM-IV-TR

- Waham tidak bizarre (melibatkan situasi dalam kehidupan nyata (merasa diikuti, merasa diracun, merasa terifeksi) sekurang-kurangnya 1 bulan
- Kriteria A skizofrenia tidak terpenuhi
Halusinasi taktil dan olfaktori dapat terjadi.
- Berbeda dengan dampak waham atau hasil akhirnya, fungsi tidak terganggu secara nyata, perilaku tidak secara jelas aneh dan bizarre
- Jika episode mood telah terjadi bersamaan dengan waham, durasi totalnya lebih singkat dari durasi total waham

- Gangguan waham tidak disebabkan oleh efek fisiologis oleh zat secara langsung (misal penggunaan obat atau kondisi medis umum)

Kriteria menurut PPDGJ

- Waham merupakan satu-satunya ciri khas yang mencolok, dapat tunggal maupun suatu sistem waham setidaknya sudah berlangsung 3 bulan
- Gejala depresif mungkin intermiten, tapi waham tetap ada walaupun periode afektif hilang
- Tidak ada kelainan otak
- Tidak boleh ada halusinasi auditorik, bila ada hanya sementara
- Tidak ada gejala skizofrenia

E. Anamnesis

- Terdapat pemikiran yang tidak benar atau tidak sesuai dengan kenyataan
- Berupa pengalaman hidup sehari-hari
- Periode sekurang-kurangnya 1 bulan
- Riwayat premorbid : sering berhubungan dengan hokum, terdapat gangguan kepribadian, mempunyai lingkungan sosial yang tidak sesuai harapannya, deprivasi sosioekonomik, isolasi sosial, terdapat peristiwa yang tidak menyenangkan yang membuat pasien defensif
- Terdapat gangguan kepribadian paranoid,

F. Pemeriksaan status psikiatri

- Deskripsi umum :
 - penampilan dapat rapi, layak tapi juga dapat berpenampilan ekstensif.
 - Tidak ada disintegrasi kepribadian atau disintegrasi aktivitas harian menyeluruh
 - Bersikap aneh, bermusuhan, curiga

- Pada pemeriksaan psikiatri dapat normal kecuali pada isi pikiran (terdapat waham)
- Tidak mempunyai halusinasi yang menonjol dan bertahan
- Halusinasi taktil dan olfaktori terjadi jika sesuai wahamnya, terkadang ada yang mempunyai halusinasi pendengaran dan penglihatan

- Type waham

- Waham kejar :

Waham kejar dan waham cemburu merupakan gangguan waham yang sering dijumpai. Pada gangguan waham kejernihan pikiran dan elaborasi sistemik tidak mengganggu fungsi, tidak ada gangguan psikopatologi lain, tidak ada gangguan kepribadian atau gangguan pada sebagian fungsi

- Waham cemburu:

Disebut juga paranoia conjugal(waham bahwa pasangan tidak setia)

Waham ini biasanya mengenai laki-laki tapi tidak terdapat gangguan psikiatri lain. Timbul mendadak,biasanya berhubungan dengan peristiwa dimasa lalu yang melibatkan pasangan. Hanya bisa dikuarang dengan berpisah dengan pasangan

Gejala berupa cemburu yang patologis, epilepsy gangguan mood,penyalahgunaan zat dan alcohol. Cemburu patologis ini berpotensi membahayakan pasangan, atau bunuh diri

- Waham erotomania

Biasanya perempuan, penampilan tidak menarik, bekerja pada tingkat rendah, menarik diri, jarang kontak seksual. Menganggap dia punya kekasih rahasia yang jauh lebih baik dari dirinya

Apabila dialami laki-laki dia akan bertindak agresif dan melakukan kekerasan dalam mengejar cinta.

- Waham somatic

Waham menetap, tidak dapat dibantah dan sangat kuat secara total meyakini bahwa dirinya mempunyai gangguan fisik. Macamnya

1. Waham infestasi (parasit) dalam tubuhnya
2. Waham dismorfofobia (bentuk tidak menyenangkan)
3. Waham bau tubuh tidak sedap, halitosis

Pasien lebih banyak berkunjung ke dokter spesialis lain untuk menghilangkan

‘Kelainan fisiknya’ berhubungan dengan riwayat kecanduan zat, cedera kepala.

Terkadang ada gejala kekerasan, kemarahan depresi bahkan bunuh diri akibat penderitaannya

- Waham kebesaran/ megalomania : merasa dirinya penting, tinggi derajatnya
- Waham campuran : campuran 2/lebih tema waham, tanpa satu type waham menonjol
- Waham tak terinci

Tidak dapat digolongkan pada salah jenis waham

Dapat disebabkan dimensia, epilepsy, gangguan organik

Dapat berlangsung singkat, rekuren, persisten

Gangguan Waham Terinduksi (shared Psychotic Disorder)

- Gangguan ditandai dengan transfer waham dari orang satu ke orang lain, kedua orang itu sangat dekat dan hidup bersama dalam waktu yang lama dan terisolasi sosial
- Orang pertama yang mengalami gangguan mempunyai gangguan yang bersifat kronis
- Orang yang terpengaruh biasanya orang yang mudah tersugesti, mudah tertipu, kurang cerdas, kurang menghargai diri sendiri

Faktor Risiko

- Ada pengaruh kuat
- Intelegensi rendah
- Usia tua
- Gangguan sensorik
- Penyakit serebrovasculer
- Penggunaan alcohol
- Factor genetik

G. Diagnosa banding

- Gangguan psikotik akut predominan waham
- Skizofrenia paranoid
- Gangguan kepribadian paranoid
- Derilium
- Demensia
- Gangguan terkait penggunaan zat psikoaktif
- Malingering
- Gangguan buatan (factitious)

H. Terapi

Gangguan waham sering resisten terhadap terapi. Tujuan terapi diarahkan pada morbiditas dan mengurangi efek gangguan waham terhadap kehidupan pasien

Tujuan pengobatan yang lain adalah menegakkan diagnose, perencanaan terapi yang efektif, dan menangani komplikasi

Untuk waham terinduksi, pasien harus dirawat inap supaya memutus kontak dengan pengaruh waham yang lain

Jenisnya:

1. Psikoterapi

Membangun hubungan yang baik dengan terapis

Terapi individual lebih baik

Terapi perilaku, terapi kognitif, dan suportif yang berorientasi pemahaman

Dokter menekankan membantu mengurangi iritabilitas tanpa menunjukkan waham dapat diobati

Dokter tidak boleh menentang dan menyetujui waham yang diutarakan

Dokter tidak memberikan kepuasan berlebih pada pasien karena menimbulkan bahaya kekerasan dan kecurigaan pasien

Tujuan akhir adalah membantu pasien meragukan persepsinya

Libatkan keluarga

Tanda pengobatan berhasil bukan pengurangan waham, tapi interaksi social yang memuaskan

2. Rawat inap

Alasan :

- Ingin mengevaluasi kelainan neurologis, psikiatri secara lengkap, ingin mengetahui apakah ada kondisi medis umum yang menyebabkan waham
- Pasien tidak dapat mengontrol impuls kekerasan, seperti bunuh diri/melukai orang lain
- Perilaku pasien secara signifikan mempengaruhi fungsi dan hubungan dengan keluarga

3. Farmakoterapi

- Apabila terdapat kegawatan psikiatri, agitasi, berikan anti psikotik intramuskular
- Jangan memaksakan memberi farmakoterapi, bangun kepercayaan dulu dengan pasien
- Pemberian antipsikotik sering gagal, berhubungan juga dengan kkepatuhan
- Pertimbangkan penggunaan antidepresan

K. Penyulit

- Gawat darurat psikiatri
- Agitasi

L. Rujukan

- Gawat darurat psikiatri
- Waham terinduksi
- Agitasi

M. Prognosis

Keberhasilan terapi bergantung pada kemampuan psikiater dalam membangkitkan respon kepercayaan orang lain

Ada tidaknya, konflik interpersonal, frustrasi dan kegagalan yang terjadi pada pasien

Keteraturan minum obat

3.3. GANGGUAN SKIZOAFEKTIF

Kemampuan 3A

ICD X.F.25. Gangguan Skizoafektif

A. Definisi

Adalah istilah yang digunakan pada keadaan terdapat gejala skizofrenia persisten (delusi dan halusinasi) dan gejala afektif berat (mood depresif, manic, campuran) yang terjadi secara bersamaan. Akan tetapi gejala skizofrenia lebih dominan

B. Masalah Kesehatan

Gangguan skizoafektif, terjadi pada 0,2 % dari populasi umum di Amerika. 9% dari penderita skizoafektif dirawat di Rumah Sakit. Gangguan skizoafektif lebih sering angka kejadiannya dibanding gangguan bipolar. Meningkat dengan adanya riwayat keluarga.

C. Faktor Risiko

- Skizoafektif depresi lebih sering pada orang tua
- Tipe bipolar lebih sering pada dewasa muda
- Prevalensi perempuan lebih tinggi, terutama wanita menikah
- Awitan perempuan lebih lanjut
- Apabila terjadi pada laki-laki maka akan bersamaan dengan perilaku antisocial dan afek yang tumpul

D. Gambaran klinis

1. Kriteria diagnosis menurut DSM-IV-TR

- Periode penyakit tidak terputus berupa, pada suatu waktu depresif mayor, episode manic, atau episode campuran yang terjadi bersamaan dengan kriteria skizofrenia
Periode depresif mayor harus mencakup kriteria skizofrenia dengan mood terdepresi
- Selama periode penyakit yang sama terdapat waham dan halusinasi selama sekurang-kurangnya 2 minggu tanpa gejala mood yang menonjol
- Gejala yang memenuhi kriteria episode mood, timbul dalam jumlah bermakna pada durasi total periode aktif dan residual penyakit
- Gangguan tidak disebabkan efek fisiologis penggunaan zat psikoaktif

Tentukan type :

Bipolar apabila gejala mencakup episode manic dan campuran atau campuran manic dan depresif mayor

Type depresif apabila hanya mencakup depresi mayor

2. Kriteria menurut PPDGJ III

- Diagnose dibuat jika gejala skizofrenia dan afektif sama-sama menonjol dalam satu waktu
- Apabila gejala tidak muncul dalam satu waktu maka tidak bisa menegaskan diagnose
- Apabila pasien mengalami depresi setelah mengalami gejala psikotik maka masukkan dalam diagnose depresi pasca skizofrenia (F.20.4). Beberapa pasien akan mengalami gangguan skizoafektif manik dan depresi atau campuran.

E. Gejala Klinis

Gejala psikotik : waham (bizarre, pikiran yang disiarkan, pikiran yang dikendalikan dari luar, ada kekuatan dari luar yang mengendalikan tindakannya), halusinasi (mendengar suara-suara yang tidak ada objeknya)

Gejala afektif :

Afek depresif :

Afek manic: energi yang berlebihan, waham kebesaran, waham kejar, agresif, iritabel,

Afek campuran

F. Diagnosa Laboratoris

Scan otak bila perlu untuk menyingkirkan kelainan vascular

Periksa apakah ada zat psikoaktif dalam darah

Adakah focus epileptik dengan pemeriksaan EEG

G. Diagnosa banding

Gangguan skizoafektif akibat zat (amfetamin, fensiklidin, atau steroid eksogen)

H. Prognosis

Prognosis sulit ditentukan karena perjalanan yang tidak pasti

Adanya gejala skizofrenik memperlihatkan hasil yang lebih buruk

Setelah 1 tahun, apabila gejala dominannya afektif, prognosis lebih baik

Semakin lama gangguan, akan lebih mengarah ke prognosis buruk, skizofrenia

I. Terapi

1. farmakoterapi

Pemberian mood stabilizer untuk gangguan bipolar dan skizoafektif.

Karbamazepin efektif untuk gangguan skizoafektif type depresif.

Dalam praktek penggunaannya secara luas dan dikombinasi dengan agen psikotik.

Pada episode manic, terapi menggunakan mood stabilizer agresif sampai kadar dalam darah adekuat.

Pada masa pemeliharaan pemberian dosis dapat dikurangi sampai dosis minimal efektif

Pantau fungsi hepar dan ginjal juga fungsi hematologis untuk mengetahui efek samping obat

Pada mania yang sulit disembuhkan dapat diterapkan ECT

Pada periode depresif mayor, membutuhkan antidepresan. Tujuan pengobatan bukan mengubah depresif menjadi manic dengan cepat.

Pengobatan dengan antidepresan harus memperhatikan kegagalan obat sebelumnya. SSRI digunakan sebagai lini pertama. Pada keadaan mood depresif, pemakaian ECT dapat dipertimbangkan

Penggunaan antipsikotik bermanfaat, terkadang lithium lebih bermanfaat.

2. Pengobatan psikososial

Terapi psikososial berupa terapi keluarga, latihan keterampilan dan rehabilitasi kognitif. Pasien dan keluarga harus menerima penjelasan bahwa spektrum penyakit sangat luas jadi sulit menentukan prognosis penyakit. Keluarga disiapkan dalam menghadapi perubahan sifat dan kebutuhan pasien. Pemberian regimen obat mungkin lebih rumit, jadi perlu pendidikan farmakologis untuk keluarga

3.4. GANGGUAN SKIZOAFEKTIF BIPOLAR EPISODE MANIK

No. ICPC II :

No. ICD X : F.30

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Gangguan afektif bipolar memiliki sifat episode berulang (sekurang-kurangnya 2 episode) dimana afek pasien dan tingkat aktivitasnya jelas terganggu, pada waktu tertentu terdiri dari peningkatan afek disertai penambahan energi dan aktivitas (hipomania & mania), dan pada waktu lain berupa penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas (depresi).

Ciri khas dari gangguan bipolar adalah adanya penyembuhan sempurna antar episode. Untuk episode manik biasanya mulai dengan tiba-tiba dan berlangsung antara 2 minggu hingga 4-5 bulan. Episode sering terjadi setelah stress yang berat atau trauma mental lain. Episode mania dihubungkan dengan tingginya kadar serotonin dalam celah sinaps neuron khususnya pada sistem limbik.

Anamnesis

Gejala gangguan bipolar episode manik :

- Peningkatan mood/suasana perasaan
- Lekas marah/mudah tersinggung/iritabel
- Peningkatan aktivitas
- Kebutuhan tidur yang berkurang
- Ide-ide tentang kebesaran dan optimistik
- Ekspresif
- Lebih banyak bicara/adanya dorongan untuk terus berbicara
- Perhatian mudah teralih
- Keterlibatan berlebih dalam aktivitas yang mengandung kemungkinan risiko tinggi merugikan apabila tidak bijaksana seperti belanja berlebihan, tingkah laku seksual yang terbuka, penanaman modal secara bodoh, mengebut secara tidak bertanggungjawab dan lainnya
- Hendaya dalam fungsi kehidupan sehari-hari.

Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan penyebab gangguan ini :

- Faktor genetik
- Faktor lingkungan
- Faktor psikososial
- Dan sebagainya

Pemeriksaan Fisik dan Status Mental

Pemeriksaan fisik pada pasien gangguan ini kemungkinan didapatkan hasil yang normal, sedangkan pada pemeriksaan status mental, dapat diperoleh simptom seperti :

- Penampilan : tidak wajar, mencolok, berlebihan/tidak sesuai
- Mood euforik/iritabel
- Bicara : kuantitas berlebih (sampai tidak dapat disela), kualitas kurang
- Arus pikir : flight of idea, word salad, neologisme, inkoherensi (manik akut)
- Isi pikir : dapat disertai waham

- Bentuk pikir : dapat nonrealistik maupun realistik
- Persepsi : dapat disertai halusinasi dan/ ilusi
- Sensorium dan kognisi : kemungkinan berkurang
- Pengendalian impuls : kurang (sulit dikendalikan)
- Judgement : buruk (kemungkinan pelanggaran aturan sangat tinggi)
- Tilikan : biasanya buruk
- Reliabilitas : sering tidak dapat dipercaya

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Berdasarkan PPDGJ III Gangguan Bipolar Episode Manik dapat digolongkan lagi menjadi beberapa diagnosis :

1. Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Hipomanik (F31.0)

Pedoman Diagnostik :

- Episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk hipomania (F30.0); dan
- Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, atau campuran) di masa lampau

➔ Pedoman Diagnostik untuk Hipomania :

- Derajat gangguan lebih ringan dari mania (F30.1), afek yang meningkat atau berubah disertai peningkatan aktivitas, menetap selama sekurang-kurangnya beberapa hari berturut-turut, pada suatu derajat intensitas dan yang bertahan melebihi apa yang digambarkan bagi siklotimia (F34.0) dan tidak disertai halusinasi atau waham.
 - Pengaruh nyata atas kelancaran pekerjaan dan aktivitas sosial memang sesuai dengan diagnosis hipomania, akan tetapi bila kekacauan itu berat atau menyeluruh, maka diagnosis mania (F30.1 atau F30.2) harus ditegakkan.
- #### **2. Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Manik tanpa Gejala Psikotik (F31.1)**

Pedoman Diagnostik :

- Episode yang sekarang sekurang-kurangnya harus memenuhi kriteria untuk mania tanpa gejala psikotik (F30.1), dan
- Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, atau campuran) di masa lampau

➔ Pedoman Diagnostik untuk Mania tanpa Gejala Psikotik :

- Episode harus berlangsung sekurang-kurangnya 1 minggu, dan cukup berat sampai mengacaukan seluruh atau hampir seluruh pekerjaan dan aktivitas sosial yang biasa dilakukan.
- Perubahan afek harus disertai dengan energi yang bertambah sehingga terjadi aktivitas berlebihan, percepatan dan kebanyakan bicara, kebutuhan tidur yang berkurang, ide-ide perihal kebesaran (grandiose idea) dan terlalu optimistik.

3. Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Manik dengan Gejala Psikotik (F31.2)

Pedoman Diagnostik :

- Episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk mania dengan gejala psikotik (F30.2)
- Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, atau campuran) di masa lampau

➔ Pedoman Diagnostik untuk Mania dengan gejala Psikotik :

- Gambaran klinis merupakan bentuk yang lebih berat dari mania tanpa gejala psikotik
- Harga diri yang membumbung dan gagasan kebesaran dapat berkembang menjadi waham kebesaran (delusion of grandeur), iritabilitas dan kecurigaan menjadi waham kejar (delusion of persecution). Waham dan halusinasi “sesuai” dengan keadaan afek tersebut (mood-congruent).

Diagnosis Banding

1. Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Hipomanik : hipertiroidi, anoreksia nervosa, masa dini dari “depresi agitatif”, hipomania

2. Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Manik dengan Gejala Psikotik :
mania dengan gejala psikotik, skizofrenia, skizoafektif tipe manik.

Komplikasi

Pada bentuk yang berat dapat menjadi gangguan jiwa yang berat, sesuai dengan waham atau halusinasi yang dialami.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Terapi untuk gangguan ini tentu saja gabungan antara farmakoterapi dan psikoterapi (terapi psikososial, terapi interpersonal, terapi keluarga, terapi kognitif, terapi perilaku).

Farmakologi :Pengobatan sesuai episode yaitu mania :

1. Pada keadaan akut : haloperidol (plus lithium carbonate), carbamazepine, asam valproat, divalproex
2. Untuk profilaksis : lithium carbonate (alternatif yang dapat dipakai : carbamazepine atau asam valproat)

Sediaan dan dosis :

- a. Lithium carbonate (frimania) : tablet 200-300-400-500mg, dosis : 250-500 mg/h
- b. Haloperidol (haloperidol, haldol, serenace) : tablet 0,5-1-1,5-2mg ; liq 2mg/ml ; ampul 5mg/cc, dosis : 4,5-15mg/h atau 5mg (im) setiap 2jam maksimal 100mg/h
- c. Carbamazepine : tablet/kapsul 200mg , dosis : 400-600mg/h atau 2-3x per hari
- d. Asam valproat : syrup 250mg/5ml, dosis : 3x250mg/h
- e. Divalproex Na : tablet 250 mg , dosis : 3x250mg/h

Catatan :

- Perhatikan efek samping dan gejala intoksikasi lithium carbonate. Terdapat pula efek teratogenik pada ibu hamil.

- Jika terjadi intoksikasi lithium : forced diuresis dengan NaCl 0,9% iv 10 cc, bila perlu hemodialisis. Pencegahan dengan banyak minum air, sekitar 2500cc per hari.
- Efek obat lithium carbonate terjadi setelah 7-19 hari pengobatan.
- Sebelum dan selama pengobatan dengan lithium carbonate harus dilakukan pemeriksaan : kadar serum Na dan K, tes fungsi ginjal dan kelenjar tiroid, pemeriksaan EKG.

Konseling dan Edukasi

- Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang kondisi yang dialami
- Menjelaskan bahwa pasien membutuhkan psikoterapi selain obat-obatan
- Menjelaskan bahwa pasien perlu bersikap terbuka untuk kepentingan penyembuhan
- Menjelaskan bahwa pasien harus patuh terhadap aturan pemakaian obat-obatan yang diberikan.

Kriteria Rujukan

- Apabila pasien tidak menunjukkan perbaikan dengan pendekatan psikologis dan obat standar dari dokter lini pertama.

Prognosis

Gangguan afektif bipolar baik manik maupun depresif sangat mungkin terjadi kekambuhan (terjadi beberapa episode).

3.5. GANGGUAN BIPOLAR, EPISODE DEPRESI

No.ICPC II :

No. ICD X : F.31

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Gangguan afektif bipolar memiliki sifat episode berulang (sekurang-kurangnya 2 episode) dimana afek pasien dan tingkat aktivitasnya jelas terganggu, pada waktu

tertentu terdiri dari peningkatan afek disertai penambahan energi dan aktivitas (hipomania&mania), dan pada waktu lain berupa penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas (depresi).

Ciri khas dari gangguan bipolar adalah adanya penyembuhan sempurna antar episode. Untuk episode depresi biasanya cenderung lebih lama, sekitar 6 bulan hingga 1 tahun, namun jarang melebihi 1 tahun. Episode depresi juga sering terjadi setelah stress yang berat atau trauma mental lain.

Anamnesis

Gejala gangguan bipolar episode depresi :

- Perasaan murung
- Hilang minat dan rasa senang
- Kurangnya tenaga hingga mudah lelah dan kendur kegiatan
- Penurunan konsentrasi dan perhatian
- Pengurangan rasa harga diri dan percaya diri
- Pikiran terfokus perihal dosa dan rasa diri tidak berguna lagi
- Pesimistik
- Gagasan melukai diri sendiri/bunuh diri
- Gangguan tidur
- Pengurangan nafsu makan
- Hendaya dalam fungsi kehidupan sehari-hari.

Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan penyebab gangguan ini :

- Faktor genetik
- Faktor lingkungan
- Faktor psikososial
- Dan sebagainya

Pemeriksaan Fisik dan Status Mental

Pemeriksaan fisik pada pasien gangguan ini kemungkinan didapatkan hasil yang normal, sedangkan pada pemeriksaan status mental, dapat diperoleh simptom seperti :

- Penampilan/kesan umum : retardasi psikomotor, postur membungkuk, pandangan putus asa, memalingkan pandangan, sulit bergerak spontan sampai kataton.
- Mood depresif
- Bicara : kuantitas dan kualitas cenderung berkurang
- Arus pikir : flight of idea, word salad, neologisme, inkoherensi (manik akut)
- Isi pikir : dapat disertai waham sesuai mood.
- Bentuk pikir : dapat nonrealistik maupun realistik
- Persepsi : dapat disertai halusinasi dan/ ilusi
- Sensorium dan kognisi : kemungkinan berkurang (atau malas menjawab pertanyaan yang diberikan)
- Pengendalian impuls : dapat sulit dikendalikan atau sebaliknya tidak memiliki energi untuk bertindak.
- Judgement : buruk (kemungkinan pelanggaran aturan sangat tinggi)
- Tilikan : biasanya buruk
- Reabilitas : pasien dapat memberikan informasi palsu sehingga klinisi harus jeli.

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Berdasarkan PPDGJ III Gangguan Bipolar Episode Depresi dapat digolongkan lagi menjadi beberapa diagnosis :

1. Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Ringan atau Sedang (F31.3)

Pedoman Diagnostik :

- Episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresi ringan (F32.0) atau sedang (F32.1); dan
- Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, atau campuran) di masa lampau

➔ Pedoman Diagnostik untuk Depresi Ringan :

- Sekurang-kurangnya terdapat 2 gejala utama;

- Ditambah sekurang-kurangnya 2 gejala lainnya
- Tidak boleh ada gejala berat diantaranya
- Lamanya episode sekurang-kurangnya selama 2 minggu
- Hanya sedikit kesulitan dalam hal pekerjaan dan lingkungan sosialnya
- ➔ Pedoman Diagnostik untuk Depresi Sedang :
 - Sekurang-kurangnya terdapat 2 gejala utama;
 - Ditambah sekurang-kurangnya 3 gejala lainnya (sebaiknya 4)
 - Lamanya episode sekurang-kurangnya selama 2 minggu
 - Terdapat kesulitan yang nyata dalam hal pekerjaan, lingkungan sosial, dan urusan rumah tangga.
 - Gejala Utama : afek depresif, hilangnya minat dan kegembiraan, berkurangnya energi menuju keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas
 - Gejala Lainnya : konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri sendiri atau bunuh diri, tidur terganggu, nafsu makan terganggu.

2. Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik (F31.4)

Pedoman Diagnostik :

- Episode yang sekarang sekurang-kurangnya harus memenuhi kriteria untuk episode Depresif berat tanpa gejala psikotik (F32.2), dan
- Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, atau campuran) di masa lampau

➔ Pedoman Diagnostik untuk episode depresif berat tanpa Gejala Psikotik :

- Semua 3 gejala utama harus ada.
- Ditambah sekurang-kurangnya 4 gejala lainnya dan diantaranya harus berintensitas berat

- Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau/ tidak mampu memaparkan gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.
 - Lamanya episode biasanya selama 2 minggu, namun apabila gejala sangat berat dan onset sangat cepat maka dibenarkan penegakan diagnosis episode depresif berat dalam waktu kurang dari 2 minggu.
 - Sangat tidak mungkin pasien dapat meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali dalam hal yang sangat terbatas.
3. Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Berat dengan Gejala Psikotik (F31.5)

Pedoman Diagnostik :

- Episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk mania dengan gejala psikotik (F30.2)
- Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, atau campuran) di masa lampau

➔ Pedoman Diagnostik untuk episode depresif berat dengan gejala Psikotik :

- Episode depresif berat memenuhi kriteria untuk F32.2, dan
- Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggungjawab atas itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek.

Diagnosis Banding

- Episode depresif
- Gangguan depresif berulang
- Gangguan susana perasaan yang menetap

Komplikasi

Pada bentuk yang berat dapat menjadi gangguan jiwa yang berat, sesuai dengan waham atau halusinasi yang dialami, dan bunuh diri.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Terapi untuk gangguan ini tentu saja gabungan antara farmakoterapi dan psikoterapi (terapi psikososial, terapi interpersonal, terapi keluarga, terapi kognitif, terapi perilaku).

Farmakologi :Pengobatan sesuai episode yaitu depresi :

1. Golongan anti-depresi trisiklik : amitriptilin (acuan), imipramin, clomipramin, tianeptine
2. Golongan anti-depresi tetrasiklik : maprotilin, mianserin, amoxapine
3. Golongan anti-depresi MAOI-reversible (reversible inhibitor of monoamine oxydase-A)
4. Golongan anti-depresi SSRI (selective serotonin reiptake inhibitor) : sertraline, paroxetine, fluvoxamine, fluoxetine, duloxetine, citalofarm
5. Golongan anti-depresi atypical : trazodone, mirtazapine, venlafaxine.

Beberapa contoh sediaan dan dosis :

1. Amitriptyline : drag 25mg, dosis : 75-150mg/h
2. Imipramine : tablet 25mg, dosis : 75-150mg/h
3. Setraline : tablet dan kaplet 50mg, dosis : 50-100mg/h
4. Fluoxetine : kaplet 20mg, tablet 20mg, kapsul 10-20mg, dosis : 20-40mg/h
5. Veniafaxine : kapsul 75mg, dosis : 75-150mg/h
6. Trazodone : tablet 50-150mg, dosis : 100-200mg/h
7. Meclobemide (MAOI) : tablet 50mg, dosis : 300-600mg/h

Catatan :

- Efek samping : sedasi, antikolinergik, anti-adrenergik alfa, neurotoksis.
- Overdosis trisiklik → atropine toxic syndrome → eksitasi SSP, hipertensi, konvulsi, toxic confusional state

(confusion, delirium, disorientation) → gastric lavage, diazepam 10mg i.m, monitoring EKG.

- Perhatikan interaksi obat : SSRI/TCA+MAOI = serotonin malignant syndrome; MAOI+simpatomimetik = krisis hipertensi; MAOI+senyawa tyramine = krisis hipertensi.
- Mengingat profil efek sampingnya, sebaiknya klinisi pada layanan primer mengikuti urutan pemilihan obat sebagai berikut : golongan SSRI → trisiklik → tetrasiklik / atypical/ MAOI
- TCA memiliki efek teratogenik
- Onset efek primer tercapai dalam waktu 2-4 minggu, efek sekunder sekitar 12-24 jam, waktu paruh 12-48 jam (pemberian 1-2x sehari)
- Terdapat 5 proses dalam pengaturan dosis :
 - a. Initiating dose (test dose) untuk mencapai dosis anjuran : 1 minggu pertama
 - b. Titrating dose (optimal dose) dimulai dari dosis anjuran sampai dosis optimal : minggu kedua
 - c. Stabilizing dose dipertahankan 2-3 bulan kemudian diturunkan sampai dosis pemeliharaan
 - d. Maintaining dose selama 3-6 bulan. Biasanya $\frac{1}{2}$ dari dosis optimal.
 - e. Tapering dose selama 1 bulan.
- Dosis pemeliharaan sebaiknya menggunakan 1 obat tunggal. Untuk trisiklik dan tetrasiklik pada malam hari, SSRI pada pagi hari setelah sarapan pagi.

Konseling dan Edukasi

- Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang kondisi yang dialami
- Menjelaskan bahwa pasien membutuhkan psikoterapi selain obat-obatan
- Menjelaskan bahwa pasien perlu bersikap terbuka untuk kepentingan penyembuhan
- Menjelaskan bahwa pasien harus patuh terhadap aturan pemakaian obat-obatan yang diberikan.

Kriteria Rujukan

- Apabila pasien tidak menunjukkan perbaikan dengan pendekatan psikologis dan obat standar dari dokter lini pertama.

Prognosis

Gangguan afektif bipolar baik manik maupun depresif sangat mungkin terjadi kekambuhan (terjadi beberapa episode).

3.6. DEPRESI POST-PARTUM

No.ICPC II :

No. ICD X : F.53

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Depresi post-partum merupakan keadaan yang didasari oleh gangguan mood. Kondisi bersifat ditandai oleh afek yang menurun, rasa takut, lelah, kecemasan, iritabilitas dan sebagainya

ya segera setelah melahirkan dan berlangsung selama 4-6 minggu. Kondisi ini jangan dikacaukan oleh psikosis post-partum. Depresi post-partum tidak memiliki aktivitas waham ataupun halusinasi. Depresi post-partum juga sebenarnya sedikit berbeda dengan post-partum blues dimana lebih banyak dialami oleh wanita setelah melahirkan dan berlangsung biasanya hanya dalam beberapa hari dan tidak melebihi 2 minggu.. Depresi post-partum dihubungkan dengan penurunan hormon reproduksi secara cepat setelah melahirkan.

Anamnesis

Depresi post-partum menunjukkan gejala yang sama seperti gangguan mood depresi. Anamnesis diarahkan pada gejala-gejala seperti hilangnya minat, afek menurun, kurangnya aktivitas karena hilangnya energi, mudah lelah, takut/pesimistik, hilangnya nafsu makan, keinginan mencelakai diri sendiri/bunuh diri dan bayi, dan sebagainya.

Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan penyebab gangguan ini :

- Stress
- Riwayat depresi sebelumnya
- Riwayat gangguan mood (pada diri dan keluarga)
- Dan lainnya

Pemeriksaan Fisik dan Status Mental

Pemeriksaan fisik pada pasien gangguan ini kemungkinan didapatkan hasil yang normal, sedangkan pada pemeriksaan status mental, dapat diperoleh simptom seperti :

- Penampilan/kesan umum : tampak menunduk atau dapat juga teragitasi, keterbatasan psikomotor
- Mood depresif
- Bicara : kuantitas dan kualitas cenderung berkurang
- Isi pikir : tanpa disertai waham
- Bentuk pikir : realistik
- Persepsi : tidak disertai halusinasi dan/ ilusi
- Sensorium dan kognisi : kemungkinan berkurang (atau malas menjawab pertanyaan yang diberikan)
- Pengendalian impuls : tidak memiliki energi untuk bertindak.
- Tilikan : biasanya buruk

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders, edisi keempat (DSM IV), depresi postpartum dimulai dalam empat minggu setelah melahirkan Gejala Depresi Mayor dengan Onset Postpartum :

Depresi mayor adalah didefinisikan dengan adanya lima dari gejala berikut, yang mana salah satunya harus ada mood yang tertekan atau penurunan ketertarikan atau kesenangan (Gejala yang harus ada sepanjang hari hampir setiap hari selama dua minggu) :

- Mood yang tertekan sering berhubungan dengan kebingungan yang berat.
- Adanya penurunan ketertarikan atau kesenangan dalam beraktivitas

- Gangguan nafsu makan, biasanya diikuti dengan kehilangan berat badan
- Gangguan tidur, paling sering insomnia atau tidur yang tidak nyaman bahkan ketika bayinya tertidur.
- Agitasi fisik, atau pelambatan psikomotor
- Lemah, penurunan energi
- Merasa kurang berguna
- Penurunan konsentrasi
- Adanya keinginan bunuh diri

Secara lebih luas untuk menegakkan diagnosis juga dapat digunakan uji Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Diagnosis Banding

- Post-partum blues
- Psikosis post-partum
- Gangguan afektif bipolar
- Gangguan depresif berulang

Komplikasi

Pada bentuk yang berat dapat berkembang menjadi psikosis post-partum yang sangat berisiko mencelakai hingga membunuh dirinya sendiri dan bayi.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Penatalaksanaan depresi post-partum dapat meliputi terapi psikologis, terapi farmakologi, terapi hormonal dan terapi profilaksis.

Terapi farmakologis mengacu pada obat-obatan anti-depresan seperti SSRI dan golongan trisiklik. Obat-obatan ini juga dapat diberikan untuk mencegah terjadinya depresi post-partum (terapi profilaksis).

Konseling dan Edukasi

- Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang kondisi yang dialami
- Menjelaskan bahwa pasien membutuhkan psikoterapi selain obat-obatan
- Menjelaskan bahwa pasien perlu bersikap terbuka untuk kepentingan penyembuhan

- Menjelaskan bahwa pasien harus patuh terhadap aturan pemakaian obat-obatan yang diberikan.

Kriteria Rujukan

- Apabila pasien tidak menunjukkan perbaikan dengan pendekatan psikologis dan obat standar dari dokter lini pertama.

Prognosis

Apabila ditangani dengan baik, kondisi dapat membaik dengan sempurna.



BAB IV

GANGGUAN NEUROTIK, GANGGUAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN STRESS, GANGGUAN SOAMTOFORM, GANGGUAN CEMAS, FOBIA

1.1. Gangguan Somatoform

No.ICPC II :

No. ICD X : F.45

Tingkat Kemampuan : 4A

Masalah Kesehatan

Penting untuk mengetahui apakah kelainan fisik yang diderita pasien merupakan gangguan fisik. Adakalanya terdapat gangguan psikis yang termanifestasi menjadi penyakit fisik sehingga diterapi dengan obat tidak sembuh. Tetapi tidak boleh mengesampingkan bahwa reaksi konversi juga merupakan penyakit fisik yang tidak terdeteksi. Menurut penelitian sebanyak 15-30% diagnose reaksi konversi menunjukkan penyakit fisik yang salah diagnose. Keadaan hysteria palsu ini dapat terjadi pada penyakit, SSP, gangguan degenerative, dan penyakit kronik lain.

Sebanyak 25% pasien konversi berhubungan dengan patologi organik. Biasanya dengan terapi psikologis gangguan konversi sembuh sempurna kecuali mempunyai hubungan dengan kondisi patologi fisiknya.

Sebagian penderita gangguan somatoform dimulai pada usia 20 tahun dan terutama terjadi pada wanita, sebanyak 1 % dari seluruh wanita.

Definisi

Gangguan somatoform adalah kelompok penyakit yang luas dan memiliki tanda serta gejala yang berkaitan dengan tubuh sebagai kompensasi utama. Otak mengirimkan berbagai sinyal yang mempengaruhi kesadaran pasien dan menunjukkan adanya masalah serius di dalam tubuh dengan cara yang belum diketahui. Perubahan ringan neurokimia, neurofisiologi, dan neuroimunologi

dapat terjadi akibat mekanisme otak atau jiwa yang tidak diketahui yang menyebabkan penyakit.

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi ketiga (PPDGJ-III), gangguan somatoform digolongkan menjadi :

- Gangguan somatisasi (F45.0)
- Gangguan somatoform tak terinci (F45.1)
- Gangguan hipokondrik (F45.2)
- Disfungsi otonomik somatoform (F45.3)
- Gangguan nyeri somatoform menetap (F45.4)
- Gangguan somatoform lainnya (F45.8)
- Gangguan somatoform YTT (F45.9)

Anamnesis

Ciri utama gangguan ini adalah adanya keluhan-keluhan gejala fisik yang terjadi berulang-ulang dan disertai permintaan pemeriksaan medis meski sudah berkali-kali terbukti hasilnya negatif dan sudah dijelaskan bahwa tidak ditemukan kelainan medis yang mendasari keluhan-keluhan yang terjadi. Penderita biasanya juga menyangkal atau menolak untuk membahas tentang permasalahan atau konflik yang dialaminya (yang mungkin akan berkaitan dengan keluhan fisiknya), bahkan meskipun telah didapatkan tanda-tanda depresi dan anxietas.

Faktor risiko :

- Faktor psikososial → Pada gangguan somatisasi, formulasi psikososial melibatkan interpretasi gejala sebagai komunikasi sosial, akibatnya dapat berupa menghindari kewajiban, ekspresi emosi, atau menyimbolkan suatu perasaan atau keyakinan. Hipotesis mengatakan bahwa gejala-gejala tersebut menggantikan impuls berdasarkan insting yang ditekan. Sejumlah pasien gangguan somatisasi datang dari keluarga yang tidak stabil dan mengalami penyiksaan fisik.
- Faktor biologis dan genetik → data genetik menunjukkan bahwa gangguan somatisasi dapat memiliki komponen genetik (cenderung menurun).

- Faktor psikodinamik → menurut teori, pasien mengalihkan perasaan kecewa, marah dan sebagainya dengan keluhan fisik (hipokondri, nyeri) dengan harapan dapat lebih mendapatkan perhatian/pertolongan, sebagai kompensasi rasa berdosa/bersalah, atau untuk menekan agresi.
- Dan sebagainya

Pemeriksaan Fisik dan Status Mental

Pemeriksaan fisik pada pasien gangguan somatoform tidak ditemukan kelainan yang berarti yang dapat mendasari keluhan-keluhan fisiknya.

Pada pemeriksaan status mental, simptom yang mencolok adalah tilikan yang buruk. Pasien umumnya tidak menyadari bahwa kekhawatiran terhadap keluhan fisiknya adalah berlebihan dan tidak mendasar. Pada kasus ini juga harus dipastikan tidak ada keyakinan yang mengarah kepada waham, karena jika terdapat waham maka gangguan ini dapat lebih tepat disebut sebagai gangguan waham.

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Masing-masing golongan gangguan somatoform memiliki kriteria diagnosis tersendiri. Berikut rinciannya berdasarkan PPDGJ-III :

Gangguan Somatoform :

Diagnosis ditegakkan atas semua hal berikut :

- a. Adanya banyak keluhan-keluhan fisik yang bermacam-macam yang tidak dapat dijelaskan atas dasar adanya kelainan fisik, yang sudah berlangsung sedikitnya selama 2 tahun;
- b. Tidak mau menerima nasehat atau penjelasan dari beberapa dokter bahwa tidak ada kelainan fisik yang dapat menjelaskan keluhan-keluhannya;
- c. Terdapat disabilitas dalam fungsinya dalam masyarakat dan keluarga, yang berkaitan dengan sifat keluhan-keluhannya dan dampak dari perilakunya.

Gangguan Somatoform Tak Terinci :

- a. Keluhan-keluhan fisik bersifat multipel, bervariasi, dan menetap, akan tetapi gambaran klinis yang khas dan lengkap dari gangguan somatisasi tidak terpenuhi ;
- b. Kemungkinan ada atau tidaknya faktor penyebab psikologis belum jelas, akan tetapi tidak boleh ada penyebab fisik dari keluhan-keluhannya.

Gangguan Hipokondrik

Untuk mendiagnosis, kedua hal ini harus ada :

- a. Keyakinan yang menetap adanya sekurang-kurangnya satu penyakit fisik yang serius yang melandasi keluhan-keluhannya, meskipun pemeriksaan yang berulang-ulang tidak menunjang adanya alasan fisik yang memadai, atau adanya preokupasi yang menetap kemungkinan deformitas atau perubahan bentuk penampakan fisiknya (tidak sampai waham)
- b. Tidak mau menerima nasehat atau dukungan penjelasan dari beberapa dokter bahwa tidak ditemukan adanya penyakit atau abnormalitas fisik yang mendasari keluhan-keluhannya.

Disfungsi Otonomik Somatoform

Diagnosis pasti memerlukan semua hal berikut :

- a. Adanya gejala-gejala bangkitan otonomik, seperti palpitasi, berkeringat, tremor, muka panas/ “flushing”, yang menetap dan mengganggu ;
- b. Gejala subjektif tambahan mengacu pada sistem atau organ tertentu (gejala tidak khas) ;
- c. Preokupasi dengan dan penderitaan (distress) mengenai kemungkinan adanya gangguan yang serius (sering tidak begitu khas) dari sistem atau organ tertentu, yang tidak terpengaruh oleh hasil pemeriksaan-pemeriksaan berulang, maupun penjelasan-penjelasan dari para dokter ;
- d. Tidak terbukti adanya gangguan yang cukup berarti pada struktur/fungsi dari sistem atau organ yang dimaksud.

Karakter kelima : F45.30 = jantung dan sistem kardiovaskuler

F45.31 = saluran pencernaan bagian atas

F45.32 = saluran pencernaan bagian bawah

F45.33 = saluran pernapasan

F45.34 = sistem genito-urin

F45.38 = sistem atau organ lainnya

Gangguan Nyeri Somatoform Menetap :

- a. Keluhan utama adalah nyeri berat, menyiksa dan menetap, yang tidak dapat dijelaskan sepenuhnya atas dasar proses fisiologik maupun adanya gangguan fisik.
- b. Nyeri timbul dalam hubungan dengan adanya konflik emosional atau problem psikososial yang cukup jelas untuk dapat dijadikan alasan dalam mempengaruhi terjadinya gangguan tersebut.
- c. Dampaknya adalah meningkatnya perhatian dan dukungan, baik personal maupun medis, untuk yang bersangkutan.

Gangguan Somatoform Lainnya :

- a. Pada gangguan ini keluhan-keluhannya tidak melalui sistem saraf otonom, dan terbatas secara spesifik pada bagian tubuh atau sistem tertentu. Ini sangat berbeda dengan Gangguan Somatisasi (F45.0) dan Gangguan Somatoform Taak Terinci (F45.1) yang menunjukkan keluhan yang banyak dan berganti-ganti.
- b. Tidak ada kaitan dengan adanya kerusakan jaringan.
- c. Gangguan-gangguan berikut juga dimasukkan dalam kelompok ini :
 - “globus hystericus” (perasaan ada benjolan di kerongkongan yang menyebabkan disfagia) dan bentuk disfagia lainnya;
 - Tortikolis psikogenik, dan gangguan gerakan spasmodik lainnya (kecuali sindrom Tourette);
 - Pruritus psikogenik;
 - Dismenore psikogenik;

- “teeth grinding”.

Gangguan Somatoform YTT

➔ Tidak memenuhi semua kriteria diagnostik di atas.

Menurut DSM –IV TR

Gangguan Somatoform terbagi atas:

1. Gangguan konversi

Adalah pasien mengeluh terdapat gangguan syaraf signifikan tanpa ditemukan patologi organik

Jenisnya :

- Konversi motorik: paralisis, astasia, abasia, retensi urin, afonia, histerikus globus
- Sensorik: parestesia, anesthesia, anosmia, kebutaan, tunel vision, tuli
- Lainnya : tidak sadar muntah

Mempunyai tujuan psikologis:

- Keuntungan primer : mengubur konflik mental yang tidak disadari. Pikiran yang menyakitkan tidak dapat diterima, direpresi dan dikonversi menjadi gejala fisik
- Keuntungan sekunder : digunakan pasien untuk mendapatkan yang diinginkannya

Gambaran :

- Gejala biasanya tiba-tiba setelah stress akut
- Ada riwayat konversi dengan gejala sama atau berbeda
- Gangguan pertama saat remaja (umur 20 tahunan)
- Memiliki ciri kepribadian dependen, histirionik, antisocial, pasif agresif
- Pasien dapat menunjukkan ansietas/depresi

- Pasien imatur, pemalu, banyak tuntutan, intelegensi rendah, insight terbatas, sosial ekonomi rendah
- Sikap acuh tak acuh terhadap gejala

2. Gangguan Somatisasi

Gejala hysteria yang diwujudkan dengan berbagai keluhan fisik yang kompleks dan dramatis, melibatkan berbagai sistem organ

Yaitu :

- Semua type gejala konversi
- Nyeri samar yang tidak dapat didefinisikan
- Problem menstruasi/seksual/orgasme yang terhambat
- Kesualitan gastrointestinal/genitourinaria/kardiopulmonar
- Pergantian status kesadaran yang sulit ditandai

Disebut juga sindrom Briquets. Gejalanya

- Kondisi kronis dimulai masa remaja, usia 20 tahunan
- Terjadi pada wanita, meliputi 1 % dari populasi wanita
- Umumnya terdapat ansietas, iritabilitas dan depresi, sering percobaan bunuh diri tapi tidak berhasil
- Kelompok sosial ekonomi dan intelegensia rendah
- Ada masalah interpersonal atau perkawinan
- Riwayat perilaku antisocial dan riwayat sekolah yang buruk
- Riwayat Gangguan Kepribadian Dependen, histerionik, antisocial
- Keturunan pertama, apabila wanita 20% menjadi gangguan somatisasi, jika pria menjadi pelaku penyalahgunaan zat, atau gangguan kepribadian antisosial

3. Gangguan nyeri

Gangguan berupa nyeri yang tidak ditemukan penyebab organiknya

Muncul tiba-tiba setelah stress

Berlangsung dan hilang dalam beberapa hari dan kambuh dalam hitungan tahun

4. Hipokondriasis

- Sangat yakin dirinya menderita sakit tertentu, bersikeras meminta pemeriksaan dan penatalaksanaan tertentu, suka berganti ganti dokter, jika dinyatakan sakit maka akan bersikeras mencari pengobatan tambahan
- Menjadi tenang jika ditenangkan, kemudian gejala datang lagi beberapa hari kemudian
- Dimulai usia muda, masa pertengahan. Kadang lazim pada orang tua
- Resisten terhadap terapi

5. Gangguan citra tubuh

- Preokupasi dengan keyakinan bahwa dia mempunyai kecacatan fisik khayal yang menyebabkan gangguan terhadap penampilannya
- Mencari pertolongan dokter untuk memperbaiki
- Menarik diri dalam pergaulan sosial

6. Gangguan somatoform yang tidak tergolongkan

- Kelemahan, kelelahan, gejala medis yang samar membuat pasien tidak berdaya
- Terdapat gangguan somatoform lain tanpa focus yang jelas

Diagnosis Banding

- Gangguan somatoform harus dibedakan dengan gangguan karena penyakit medis lain. Dokter harus berhati-hati untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kelainan fisik yang kadang-kadang sulit terdiagnosis seperti AIDS, endokrinopati, sklerosis multipel, dan sebagainya.
- Beberapa pasien dengan konversi mempunyai keluhan primer skizofrenia/depresi berat (harus disingkirkan gejala psikotik/depresi)
- Gangguan somatoform mirip dengan somatisasi dan nyeri organik
- Singkirkan juga malingering (orang dengan sadar membuat gejala fisik tertentu, untuk mendapatkan keuntungan, menghindari proses hukum).

Biasanya orang tersebut tidak kooperatif terhadap pengobatan, bila diketahui bohong, mereka menyerah, tidak menampakkan lagi gejalanya

- Gangguan buatan: pasien dengan sadar membuat gejala palsu, tetapi bukan untuk mencari keuntungan, melainkan pasien senang dirawat di rumah sakit, mereka kooperatif dengan semua prosedur medis. Terkadang untuk membuat gejala palsu pasien minum obat untuk menginduksi gejala tertentu, cenderung merusak diri

Komplikasi

Pada pasien yang disertai depresi berat dapat terjadi ancaman bunuh diri.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Pada gangguan somatoform tidak ada terapi spesifik. Terapi psikologis baik individual maupun kelompok dapat berpengaruh besar apabila pasien menginginkan. Obat-obatan dapat digunakan dengan indikasi tepat misalnya terdapat ansietas atau depresi berat. Dokter juga diharapkan dapat mengurangi stress yang dialami oleh pasien. Dokter berusaha sesering mungkin untuk bertemu dengan pasien, agar pasien tidak merasa ditelantarkan dan merasa didengarkan, yang akan membantu proses penyembuhan.

Konseling dan Edukasi

- Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang kondisi yang dialami
- Menjelaskan bahwa pasien membutuhkan terapi psikologis
- Menjelaskan bahwa pasien perlu bersikap terbuka untuk kepentingan penyembuhan

Kriteria Rujukan

- Apabila pasien tidak menunjukkan perbaikan dengan pendekatan psikologis dari dokter lini pertama.
- Apabila keluhan pasien semakin memberat misalnya terdapat depresi berat hingga ancaman bunuh diri.

Prognosis

Gangguan somatoform bersifat fluktuatif dan kronis. Kondisi pasien dapat memburuk apabila terdapat stress.

1.2. SINDROMA STRESS PASCA TRAUMA

Kemampuan 3A

F.43.1

A. Definisi

Sindrom yang timbul setelah seseorang melihat, terlibat didalam atau mendengar stressor traumatic yang ekstrem (perkosaan,kecelakaan yang parah, bencana alam, perang, dipenjara). Orang tersebut bereaksi terhadap pengalaman tersebut dengan rasa takut dan tidak berdaya, secara menetap menghidupkan peristiwa tersebut dan mencoba untukmenghindari mengingat peristiwa tersebut

Gejala tersebut bertahan hingga 1 bulan pasca trauma, Harus memenuhi area kehidupan yang signifikan seperti keluarga atau pekerjaan.

B. Masalah Kesehatan

Sindrom stress pasca trauma dapat timbul pada siapa saja. (ditemukan 1-9%). Rata-rata 3,6% pada populasi tertentu. Pasien stress pasca trauma umumnya tidak patuh pada pengobatan 70-80% putus obat.karena tidak dapat mentolerir ingatan traumatis tersebut

C. Komorbiditas

Komorbid yang lazim berupa depresi,gangguan akibat penyalahgunaan zat, gangguan ansietas lain, gangguan bipolar. Gangguan Komorbid menyebabkan orang menjadi sindrom stress pasca trauma.

Pada tahap awal beruppa post traumaticsymtom, yang gejalanya tidak berat, dan dapat diatasi. Apabila memberat menjadi post traumatic stress

disorder. Apabila PTSD tidak ditangani dengan benar akan menyebabkan gangguan kepribadian

D. Anamnesis

Terdapat stressor yang bermakna dalam hidupnya (misal perang, penyiksaan, penyerangan, penculikan, kekerasan seksual, instrumentasi medis yang invasif dan lain-lain)

Bertahan hingga 4 minggu pasca trauma

Criteria diagnosis menurut PPDGJ III

1. Diagnosis ditegakkan bila gangguan ini timbul dalam kurun waktu 6 bulan pasca kejadian traumatic. Masa laten berlangsung beberapa minggu
2. Didapatkan bayangan atau mimpi yang terulang mengenai gambaran trauma
3. Gangguan autonom, gangguan afek dan gangguan tingkah laku dapat mewarnai gejala, tapi tidak khas
4. Sequele menahun dapat terjadi bertahun-tahun setelah peristiwa stress yang luarbiasa (masuk pada F.62 yaitu perubahan kepribadian yang berlangsung lama setelah mengalami katastrofi)

Kriteria diagnosis menurut DSM-TR-IV

- a. Orang tersebut terpajan terhadap peristiwa traumatic dan kedua hal dibawah ini
 1. Orang tersebut mengalami, menyaksikan atau dihadapkan dengan peristiwa atau sejumlah peristiwa yang mengakibatkan kematian, cedera atau ancaman integritas fisik dirinya atau oranglain
 2. Respon orang tersebut melibatkan rasa takut yang intens, rasa tidak berdaya, atau horror

Catatan. Pada anak-anak dapat diperlihatkan pada perilaku agitasi dan kacau

- b. Peristiwa traumatic secara terus-menerus dialami kembali pada salah satu atau lebih cara berikut
1. Mengingat kembali peristiwa secara berulang dan mengganggu dan menimbulkan distress, termasuk bayangan, pikiran, persepsi,
Pada anak : sering bermain memainkan subtema kejadian traumatic tersebut
 2. Mimpi berulang mengenai peristiwa tersebut yang menimbulkan penderitaan
Pada anak: sering mimpi menakutkan tanpa mengenali isi mimpi
 3. Bertindak atau merasakan seolah-olah peristiwa traumatic tersebut terjadi kembali
Ilusi, halusinasi, episode kilas balik disosiatif, termasuk terjadi saat bangun atau saat intoksikasi
Pada anak kecil dapat melakukan kembali hal spesifik yang terjadisaat trauma
 4. Penderitaan psikologis yang intens pada pajanan terhadap sinyal internal/eksternal, menyimbolkan atau menyerupai aspek peristiwa traumatic

Gejala

Secara umum gejala PTSD dibagi menjadi tiga macam, yaitu:

a. Merasakan kembali peristiwa traumatik tersebut (Re-Experiencing Symptoms)

- Secara berkelanjutan memiliki pikiran atau ingatan yang tidak menyenangkan mengenai peristiwa traumatik tersebut (*Frequently having upsetting thoughts or memories about a traumatic event*). Terulangnya bayangan mental akibat peristiwa traumatik yang pernah dialami,
- Mengalami mimpi buruk yang terus menerus berulang (*Having recurrent nightmares*).

- Bertindak atau merasakan seakan-akan peristiwa traumatik tersebut akan terulang kembali, terkadang ini disebut sebagai "flashback" (*Acting or feeling as though the traumatic event were happening again, sometimes called a "flashback"*).
- Memiliki perasaan menderita yang kuat ketika teringat kembali peristiwa traumatik tersebut (*Having very strong feelings of distress when reminded of the traumatic event*).
- Terjadi respon fisik, seperti jantung berdetak kencang atau berkeringat ketika teringat akan peristiwa traumatik tersebut (*Being physically responsive, such as experiencing a surge in your heart rate or sweating, to reminders of the traumatic event*)

b. Menghindar (Avoidance Symptoms)

- Berusaha keras untuk menghindari pikiran, perasaan atau pembicaraan mengenai peristiwa traumatik tersebut (*Making an effort to avoid thoughts, feelings, or conversations about the traumatic event*).
- Berusaha keras untuk menghindari tempat atau orang-orang yang dapat mengingatkan kembali akan peristiwa traumatik tersebut (*Making an effort to avoid places or people that remind you of the traumatic event*).
- Sulit untuk mengingat kembali bagian penting dari peristiwa traumatik tersebut (*Having a difficult time remembering important parts of the traumatic event*).
- Kehilangan ketertarikan atas aktivitas positif yang penting (*A loss of interest in important, once positive, activities*).
- Merasa "jauh" atau seperti ada jarak dengan orang lain (*Feeling distant from others*).
- Mengalami kesulitan untuk merasakan perasaan-perasaan positif, seperti kesenangan / kebahagiaan atau cinta / kasih

sayang (*Experiencing difficulties having positive feelings, such as happiness or love*).

- Ketakberdayaan / ke'tumpul'an emosional dan 'menarik diri'
- Merasakan seakan-akan hidup anda seperti terputus ditengah-tengah - anda tidak berharap untuk dapat kembali menjalani hidup dengan normal, menikah dan memiliki karir.
- Terjadi gangguan yang menyebabkan kegagalan untuk berfungsi secara efektif dalam kehidupan sosial (pekerjaan, rumah tangga, pendidikan, dll)

c. Hyperarousal Symptoms

- Sulit untuk tidur atau tidur tapi dengan gelisah (*Having a difficult time falling or staying asleep*).
- Mudah / lekas marah atau meledak-ledak (*Feeling more irritable or having outbursts of anger*).
- Memiliki kesulitan untuk berkonsentrasi (*Having difficulty concentrating*).
- Selalu merasa seperti sedang diawasi atau merasa seakan-akan bahaya mengincar di setiap sudut "*Feeling constantly "on guard" or like danger is lurking around every corner*".
- Menjadi gelisah, tidak tenang, atau mudah "terpicu" / sangat "waspada" (*Being "jumpy" or easily startled*).
- Terlalu siaga / waspada yang disertai ketergugahan/keterbangkitan secara kronis.

E. Faktor risiko

- Trauma berat
- Wanita
- Riwayat trauma seksual pada masa anak
- Orang yang tidak mampu mengungkapkan perasaan

- Orang yang tidak mampu mengatasi stress
- Terpapar dengan stressor yang menyerupai trauma

F. Diagnosa banding

- Post traumatic symptom : mirip post traumatic disorder, tetapi tidak akan menimbulkan gangguan berat, dan dapat ditangani oleh psikolog, jangka waktunya juga lebih pendek dari post traumatic disorder
- Cedera kepala pascatrauma
- Epilepsy
- Penggunaan alkohol atau zat psikoaktif
- Gangguan ansietas lain
- Gangguan kepribadian ambang
- Gangguan disosiatif : tidak punya perilaku menghindar
- Gangguan buatan
- Malingering

G. Terapi

Psikoterapi berupa dukungan, dorongan untuk mendiskusikan peristiwa tersebut, edukasi mengenai berbagai mekanisme coping (relaksasi)

Farmakoterapi dapat diberikan hipnotic sedative jika perlu. Lini pertama diberikan SSRI karena memperbaiki gejala dan efektivitasnya baik, juga dapat ditoleransi. Untuk mencapai kadar adekuat terapi minimum 8 minggu diteruskan hingga 1 tahun.

Obat trisiklik dan MAOI juga dapat digunakan

Klinisi harus menghilangkan stigma mengenai penyakit jiwa pada pasien

H. Prognosis

30 % pasien pulih sempurna

40 % pasien tetap memiliki gejala ringan

20% gejala sedang

10 % gejala berat

- Tergantung umur (tertua dan sangat muda prognosa lebih buruk) karena mekanisme koping belum sempurna atau sudah tidakfleksibel
- Apabila onsetnya akut, prognosisnya baik, tapi jika onset kronis maka prognosisnya lebih buruk.
- Apabila ditambah ketidakmampuan fisik pasca trauma, prognosis lebih buruk
- Gangguan yang bersamaan dengan gangguan psikiatri lain akan memperberat prognosis
- Ketersediaan dukungan social memperbaiki prognosis

4.3. GANGGUAN PANIK

Kemampuan 3A

F.41.0

A. Definisi

Ditandai dengan serangan panik yang timbul spontan dan tidak dapat diduga, terdiri dari periode rasa takut yang intens dan hati-hati. Serangan dapat terjadi sepanjang hari atau sedikit serangan dalam setahun. Gangguan Panik sering disertai oleh agoraphobia yaitu ketakutan ditempat umum, terutama tempat yang sulit keluar dengan cepat saat serangan panik. Juga dapat tanpa agoraphobia.

B. Gejala Klinis

Tema psikodinamik Gangguan Panik

1. Kesulitan menntoleransi kemarahan
2. Perpisahan fisik/emosi dari orang yang bermakna baik dimasa anak dan dewasa
3. Dapat dipicu oleh meningkatnya tanggung jawab pekerjaan
4. Persepsi orang tua sebagai pengontrol, penuntut, kritis, menkutkan

5. Gambaran internal mengenai hubungan yang melibatkan penyiksaan social dan fisik
6. Rasa terperangkap yang kronis
7. Kemarahan pada perilaku orang tua, dan khayalan akan merusak ikatan dengan orang tua
8. Kegagalan fungsi ansietas sinyal pada ego, kebingungan dengan batas diri dan benda
9. Mekanisme pertahanan khas yaitu reaction formation-un doing-somatisasi-eksternalisasi

Kriteria Diagnosa serangan panic

Periode diskret rasa takut dan tidak nyaman yang tiba-tiba muncul, timbul 4 atau lebih gejala

- Palpitasi (berdebar-debar) atau denyut jantung meningkat
- Berkeringat
- Gemetar
- Rasa nafas panas/tercekik
- Rasa tersedak
- Nyeri atau tidak nyaman di dada
- Mual atau gangguan abdomen
- Rasa pusing tidak stabil, kepala terasa ringan, pingsan
- Derealisasi (rasa tidak nyata) depersonalisasi (lepas dari diri sendiri)
- Rasa takut kehilangan kendali atau menjadi gila
- Rasa takut mati
- Parestesia(kebas)
- Menggigil/rona wajah merah

Kriteria gangguan panic menurut PPDGJ III

- Gangguan panic ditegakkan jika tidak ada gangguan ansietas fobik
- Ditemukan beberapa serangan panic berat dalam waktu 1 bulan
- Tidak terbatas pada situasi yang diketahui atau dapat diduga sebelumnya

- Pada periode antara serangan panic dapat timbul ansietas antisipatory

Kriteria Diagnosa Gangguan Panik Menurut DSM-TR-IV

A. Gangguan panic tanpa agoraphobia

- Mengalami (1) dan (2)
 1. Serangan panic berulang dan tidak terduga
 2. Sedikitnya satu serangan telah diikuti selama 1 bulan atau lebih diikuti 1 atau lebih hal berikut
 - Kekhawatiran menetap akan mengalami serangan tambahan
 - Khawatir akan konsekuensi dari serangan (misal jadi lepas kendali dll)
 - Perubahan perilaku bermakna terkait serangan
- Tidak ada agoraphobia
- Serangan panik tidak disebabkan oleh efek fisiologis zat psikoaktif
- Serangan panic tidak dimasukkan dalam gangguan jiwa lain seperti fobia social (paparan terhadap situasi social yang ditakuti), fobia spesifik, obsesif kompulsif, gangguan stress pasca trauma, atau gangguan ansietas perpisahan

B. Gangguan panic dengan agoraphobia

- Mengalami (1) dan (2)
 3. Serangan panic berulang dan tidak terduga
 4. Sedikitnya satu serangan telah diikuti selama 1 bulan atau lebih diikuti 1 atau lebih hal berikut
 - Kekhawatiran menetap akan mengalami serangan tambahan
 - Khawatir akan konsekuensi dari serangan (misal jadi lepas kendali dll)
 - Perubahan perilaku bermakna terkait serangannya
- ada agoraphobia
- Serangan panik tidak disebabkan oleh efek fisiologis zat psikoaktif

- Serangan panic tidak dimasukkan dalam gangguan jiwa lain seperti fobia social(pajanan terhadap situasi social yang ditakuti), fobia spesifik, obsesifkompulsif, gangguan stress passca trauma, atau gangguan ansietas perpisahan

Kriteria Diagnosa Agorafobia

Agorafobia bukan gangguan klinis yang didapat. Bila ada agorafobia golongan dia termasuk pada ganggaun panic dengan agorafobia atau agorafobia tanpa gngguan panic

1. Ansietas saat berada pada tempat yang susah mencari jalan keluar dan tidak ada pertolongan saat terjadi serangan, dengan predisporsi situasional yang tidak terduga atau gejala mirip panic
Catatan : pertimbangkan fobia spesifik, jika fobia terbatas apada objek atau situasi spesifik
2. Situasi tersebut dihindari atau dijalani dengan penderitaan yang jelas dengan ansietas akan mengalami serangan panic, gejala mirip panic dan membutuhkan teman
3. Ansietas atau penghindaran fobik tidak disebabkan oleh gangguan psikatri lain, seperti fobia social, fobia spesifik, obsesifkompulsif, gangguan stress pasca trauma atau ansietas perpisahan

Kriteria diagnose Agorafobia tanpa riwayat gangguan panic

1. Adanya agorafobia terkait rasa takut gejala lir-panic(missal pusing, diare)
2. Kriteria tidak memenuhi gangguan panic
3. Gangguan tidak disebabkan oleh penyalahgunaan zat
4. Jika terdapat keadaan medis umum terkait rasa takut yang dijelaskan pada criteria A dengan jelas melebihi rasa takut yang biasanya berkaitan dengan keadaan medis tersebut

C. Diagnosa Banding

1. Gangguan Panik

- Gangguan medis umum : Misal IMA, Asma, Penyakit cerebrovasculer, Penyakit endokrin, Intoksikasi obat, Gejala putus obat, anafilaksis, gangguan elektronik, keracunan, infeksi sistemik
- Malingeing
- Gangguan buatan
- Hipokondriasis
- Obsesi kompulsi
- Depresi saat terjadi ansietas

2. Agorafobia tanpa gangguan panik

- Gangguan depresi berat
- Skizofrenia
- Gangguan kepribadian paranoid
- gangguan kepribadian menghindar
- gangguan kepribadian dependen

D. Terapi

1. Farmakoterapi

Antiansietas golongan SSRI dan clomipramine lebih baik dari benzodiazepine, MAOI, obat trisiklik. Misalnya Alprazolam dan paroxetin untuk gangguan panik. Apabila onset cepat dan parah beri kombinasi obat diatas

Benzodiazepin mempunyai onset cepat dapat digunakan pada onset gejala saat menghadapi stimulus fobik

Obat trisiklik dan tetrasiklik adalah obat yang paling efektif untuk gangguan panik, akan tetapi onsetnya lama, dan potensi efek samping lebih besar dari SSRI

Monoamin inhibitor jarang menimbulkan simulasi berlebihan namun untuk mencapai dosis efektif butuh waktu lama

Apabila tidak berespon pada salah satu golongan obat, ganti dengan golongan lain. Apabila kurang berhasil dapat dikombinasikan dengan golongan lain atau dikombinasikan dengan carbamazepin dan lain-lain

Apabila belum berhasil kaji ulang adanya komorbid depresi, riwayat alcohol, riwayat penggunaan zat psikoaktif

Ketika terapi efektif, pertahankan hingga 8-12 bulan

2. Terapi perilaku dan kognitif

- Menjelaskan mengenai keyakinan yang salah tentang serangan panic dan mengedukasi bahwa serangan panic terbatas waktu dan tidak menimbulkan kematian
- Latihan relaksasi : mengendalikan ansietas dan relaksasi
- Pelatihan pernafasan : membantu pasien mengontrol dalam mencegah hiperventilasi agar tidak terdeteksi serangan
- Paparan in vivo : dengan memajukan stimulus dengan kadar ditingkatkan, sehingga pasien mengalami desensitisasi terhadap stimulus

3. Terapi psikososial lain

- Terapi keluarga : agar member dukungan yang bermanfaat
- Psikoterapi yang berorientasi kognitif: membantu pasien dalam mengetahui apa itu ansietas yang tidak disadari, dihipotesiskan, dan dihindari
- ada kebutuhan untuk menekan situasi tersebut

4. Kombinasi psikoterapi dan farmakoterapi

Farmakoterapi untuk mengatasi gejala primer gangguan panic. psikoterapi untuk gejala sekunder, misalnya menolak keluar rumah

E. Prognosis

Fobia spesifik : dimulai dari anak-anak dan menetap hingga dewasa, tanpa perbaikan atau perburukan

Fobia social : berawal pada masa remaja atau kanak-kanak akhir dan menjadin kronis, akan mengganggu kehidupanpasien bertahun-tahun terkait dengan pencapaian prestasi akademik, kinerja dan perkembangan social

4.4. GANGGUAN CEMAS MENYELURUH

No.ICPC II :

No. ICD X :F.41.1

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Gangguan cemas menyeluruh menurut DSM-IV-TR adalah kekhawatiran yang berlebihan mengenai beberapa peristiwa atau aktivitas hampir sepanjang hari selama sedikitnya 6 bulan. Kekhawatiran ini sulit dikendalikan (tidak realistis) dan berkaitan dengan gejala somatis seperti otot tegang, iritabilitas, sulit tidur dan gelisah. Anxietas tidak terfokus pada gambaran Aksis I lain, tidak disebabkan oleh penggunaan zat atau keadaan medis umum, serta tidak hanya terjadi selama gangguan mood atau psikiatri. Kondisi ini secara subjektif dipersepsikan sebagai ancaman dan menimbulkan penderitaan (inability to relax) dan mengakibatkan hendaya pada area penting kehidupan seseorang. Gangguan ini merupakan gangguan yang paling sering menyertai gangguan jiwa lainnya. Gangguan ini juga lebih banyak terjadi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Onset biasanya terjadi sebelum usia 20 tahun.

Gangguan cemas dihubungkan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter, termasuk peningkatan aktivitas norephrinefrin dan penurunan aktivitas GABA dan serotonin. Penyebab pastinya belum diketahui.

Anamnesis

Gejala utama gangguan cemas menyeluruh adalah sebagai berikut :

- Anxietas
- Ketegangan motorik → misalnya pasien mengeluh sakit kepala,gemetar,gelisah, otot tegang,merasa cepat lelah

- Hiperaktivitas otonom → misalnya pasien mengeluh napas pendek-pendek, keringat berlebih, berdebar-debar, rasa melayang, dan gejala-gejala yang berkaitan dengan gastrointestinal
- Kesiagaan kognitif → misalnya pasien mengeluh gampang terkejut, mudah marah/tersinggung, sulit berkonsentrasi, sulit tidur.

Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan penyebab gangguan ini :

- Faktor genetik
- Faktor lingkungan
- Faktor psikososial

Pemeriksaan Fisik dan Status Mental

Pemeriksaan fisik pada pasien gangguan cemas menyeluruh mungkin ditemukan kelainan yaitu tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, laju napas yang cepat dan dangkal, bising usus meningkat, tremor, dan akral dingin.

Pada pemeriksaan status mental, simptom yang sering didapatkan adalah iritabel, sulit konsentrasi dan perhatian yang kurang. Tilikan pasien juga buruk, karena biasanya pasien datang ke dokter bukan karena kecemasannya tetapi keluhan somatisnya.

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Berikut pedoman diagnosis Gangguan Cemas Menyeluruh menurut PPDGJ-III :

- Penderita harus menunjukkan anxietas sebagai gejala primer yang berlangsung hampir setiap hari untuk beberapa minggu sampai beberapa bulan, yang tidak terbatas atau hanya menonjol pada situasi khusus tertentu saja (bersifat “free floating” atau “mengambang”)
- Gejala-gejala tersebut biasanya mencakup unsur-unsur berikut :
 - a. Kecemasan (khawatir akan nasib buruk, merasa seperti di ujung tanduk, sulit konsentrasi, dsb);
 - b. Ketegangan motorik (gelisah, sakit kepala, gemetaran, tidak dapat santai); dan

- c. Overaktivitas otonomik (kepala terasa ringan, berkeringat, jantung berdebar-debar, sesak napas, keluhan lambung, pusing kepala, mulut kering, dsb).
- Pada anak-anak sering terlihat adanya kebutuhan berlebihan untuk ditenangkan (reassurance) serta keluhan somatik berulang-ulang yang menonjol.
 - Adanya gejala-gejala lain yang sifatnya sementara (untuk beberapa hari) khususnya depresi, tidak membatalkan diagnosis utama Gangguan Cemas Menyeluruh, selama hal tersebut tidak memenuhi kriteria lengkap dari episode depresif (F32.-), gangguan anxietas fobik (F40.-), gangguan panik (F41.0), atau gangguan obsesif kompulsif (F42.-).

Diagnosis Banding

- Gangguan anxietas fobik
- Gangguan panik
- Gangguan campuran anxietas dan depresi
- Gangguan Anxietas Campuran Lainnya
- Gangguan somatoform
- Gangguan cemas karena kelainan medis

Komplikasi

Bisa disertai depresi (sementara)

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Terapi untuk kondisi adalah gabungan antara terapi psikologik, terapi farmakologi dan terapi suportif.

Psikoterapi : terapi perilaku-kognitif (relaksasi dan biofeedback), terapi suportif, terapi berorientasi tilikan, psikodinamik.

Farmakologi :Golongan benzodiazepine (drug of choice) dan non-benzodiazepine

Berikut beberapa sediaan obat anti-anxietas dan dosis anjuran :

Golongan Benzodiazepine :

1. Diazepam (diazepam; lovium; mentalium; stesolid; valdimex; dll)
Sediaan : tablet 2-5-10mg, ampul 10mg/2cc, rectal tube 5mg/2,5cc
10mg/2,5cc
Dosis : oral = 2-3x 2 = 5mg/h ; injeksi = 5-10mg(im/iv) ; rectal tube =
anak <10kg → 5mg dan anak >10kg → 10mg
2. Chlordiazepoxide (cetabrium; tensinyl; librium)
Sediaan : kapsul 5 mg, tablet 5-10mg
Dosis : 2-3x 5-10mg/hari
3. Lorazepam (ativan; renaquil; merlopam)
Sediaan : tablet 0,5-1-2mg
Dosis : 2-3x 1mg/hari
4. Alprazolam (alprazolam; xanax XR; alganax; calmilet; dll)
Sediaan ; tablet 0,25-0,5-1-2mg, kapsul 0,25-0,5-1mg
Dosis : tablet biasa 3x0,25-0,5mg/hari, untuk xanax XR 1x0,5-1mg/hari

Golongan non-benzodiazepine :

1. Buspirone (buspar; tran-Q; xiety)
Sediaan : tablet 10 mg
Dosis : 2-3x10mg/hari
2. Sulpiride (dogmatil)
Sediaan : kapsul 50mg
Dosis : 2-3x 50-100mg/hari

Catatan :

- perhatikan efek samping obat anti-anxietas (sedasi, relaksasi otot), rebound phenomena seperti irritable,bingung, gelisah, insomnia, tremor,dll, serta interaksi obat dengan CNS stimulan ataupun depressan.
- Kadar obat mencapai “steady state” setelah 5-7 hari pemakaian. Pengaturan dosis tidak perlu seperti neuroleptika dan antidepressan.
- Mulai dengan dosis awal/anjuran, naikan dosis setiap 3-5 hari sampai dosis optimal → pertahankan 2-3 minggu → turunkan 1/8x setiap 2-4 minggu → dosis minimal yang masih efektif → bila kambuh, naikan dosis lagi, bila tetap efektif → pertahankan 4-8 minggu → tapering off.

- Pada sindrom anxiety karena faktor eksternal, pemberian obat tidak lebih dari 1-3 bulan.
- Kontraindikasi : hipersensitif terhadap benzodiazepine, glaucoma, miastenia gravis, insufisiensi paru kronik, CKD, penyakit hepar kronis.
- Perhatikan efek teratogenik pada kehamilan dan efek pada saat persalinan.
- Perhatikan gejala overdosis : kesadaran menurun, penurunan tanda vital, ataksia, refleks fisiologis menurun, “confusion” → terapi depresi napas dan syok, benzodiazepine antagonist : flumazenil ampul 0,5mg/5cc iv.

Konseling dan Edukasi

- Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang kondisi yang dialami
- Menjelaskan bahwa pasien membutuhkan psikoterapi selain obat-obatan
- Menjelaskan bahwa pasien perlu bersikap terbuka untuk kepentingan penyembuhan
- Menjelaskan bahwa pasien harus patuh terhadap aturan pemakaian obat-obatan yang diberikan.

Kriteria Rujukan

- Apabila pasien tidak menunjukkan perbaikan dengan pendekatan psikologis dan obat standar dari dokter lini pertama.

Prognosis

Gangguan cemas menyeluruh bersifat fluktuatif dan kronis. Kondisi pasien sulit diprediksi dan dapat menetap seumur hidup.

4.5. TRIKOTILOMANIA

Kemapuan : 3A

F.63. Gangguan kebiasaan dan impuls

F.63.3 **Trikotilomania**

A. Definisi

Gangguan kebiasaan dan impuls untuk mencabut rambut, hingga kehilangan rambut yang jelas. Gejala klinis berupa peningkatan ketegangan sebelum mencabut rambut, dan rasa menyenangkan dan kepuasan setelah mencabut rambut. Diagnosis tidak ditegakkan jika terkait dengan gangguan jiwa lain misalnya waham dan halusinasi.

B. Komorbiditas

Gangguan mood yang meningkat (misal gangguan depresi berat)

Gangguan ansietas

(gangguan cemas menyeluruh, gangguan obsesif kompulsif, fobia sosial)

Gangguan penggunaan zat

Gangguan makan

Gangguan kepribadian (ambang, obsesif kompulsif, retardasi mental)

C. Kriteria menurut DSM-TR-IV

- Mencabut rambut berulang hingga menyebabkan kehilangan rambut yang jelas
- Rasa ketegangan meningkat sebelum mencabut rambut atau ketika menolak perilaku ini
- Kepuasan atau kesenangan setelah mencabut rambut
- Gangguan ini tidak disebabkan oleh gangguan jiwa lain, atau tidak dikarenakan gangguan medis umum (misal gangguan dermatologis)
- Gangguan ini menyebabkan penderitaan dan gangguan fungsi sosial, pekerjaan dan area fungsi lain

D. Anamnesis

- Sesuai kriteria di atas
- Riwayat premorbid, adakah komorbiditas seperti di atas
- Tidak terdapat gejala kearah skizofrenia

- Menimbulkan hendaya pada minimal 1 aspek fungsi (sosial/pekerjaan/perawatan diri/pemanfaatan waktu luang)

E. Pemeriksaan fisik

- Hilangnya sebagian rambut yang nyata padarambut, alis, rambutketiak, rambut pubis
- Ditemukan helaian rambut
- Pada rambut yang tercabut, tertinggal rambut yang pendek atau folikelrambut
- Tidak terbukti ada penyakit dermatologis pada kepala

F. Pemeriksaan penunjang

- Pemeriksaan histopatologi folikel rambut terjadi tricomalasia
- Pemeriksaan mikroskopis kerokan kulit kepala dan KOH

G. Diagnosa banding

Obsesif kompulsif
Malingering
Gangguan buatan
Gangguansterotypi

H. Terapi

1. Psikoterapi

Psikoterapi berupa Habit Reversal Training

- Membangun kesadaran bahwa kebiasaannya salah dan menyebabkan hendaya
- Mengalihkan rasa ingin mencabut rambut, dengan kegiatan substitusi lain yang tidak merugikan
- Menciptakan lingkungan yang suportif terhadap penderita (member penghargaan jika berhasil menghindari perbuatan tersebut)

- Terapi perilaku berupa biofeedback, pengawasan diri-sendiri, desensitisasi tertutup, pembalikan kebiasaan. Psikoterapi berorientasi tilikan, hipnoterapi

2. Farmakoterapi

Farmakoterapi berupa perawatan bersama dengan dermatologis. Pemberian terapi topical berupa hidrochloride (suatu ansiolitik yang bersifat antihistamin, antidepresan, agen serotonin dan antipsikotik) Baik terdapat depresi atau tidak, anti depresan dapat mengurangi tindakan mencabut rambut. SSR Ijuga efektif mengatasi keluhan. Apabila SSRI tidak efektif dapat menggunakan obat dengan kerja antagonis dopamine. Buspiron, klonazepam, trazodone juga efektif. Penggunaan lithium dapat menimbulkan ketidakstabilan mood, agresi dan impulsivitas. Penggunaan naltrexon juga memperbaiki gejala

Sekarang telah banyak digunakan N-asetyl sistein suatu asam amino yang telah terbukti dalam penelitian mengurangi gejala trikotilomania

I. Prognosis

Bila usia timbulnya dini (< 6 Tahun) ,maka akan lebih mudah sembuh karena berespon terhadap saran, dukungan dan strategi perilaku.

Onset umur > 13 tahun prognosis lebih buruk, karena akan menjadi kro

BAB V

GANGGUAN EMOSIONAL DAN PERILAKU DENGAN ONSET KHUSUS PADA MASA ANAK DAN REMAJA

1.1. RETARDASI MENTAL

Kemampuan : 3A

Kode ICD X : F.70-79

A. Masalah Kesehatan

Terjadi pada 1,5 % populasi umum. Retardasi mental ringan menempati 80% kasus, sedang 12 kasus, berat 8 % kasus. Gejala terkait dengan penurunan kemampuan mengatasi stress, keterbatasan bahasa, penurunan kemampuan merawat diri, terkait dengan gangguan fisik, epilepsy, incontinenasia, imobilitas.

B. Definisi

Kemampuan intelegensia yang berada dibawah rata-rata. sehingga menyebabkan gangguan perilaku adaptif yang bermanifestasi pada periode perkembangan, sebelum 18 tahun. Diagnosis ini ditegakkan tanpa memandang kelainan fisis ataupun kelainan jiwa .

Fungsi intelektual umum ditentukan dari pengujian baku intelegensi IQ. $IQ \leq 70$. Fungsi adaptif diukur dengan vineland adaptive behavior scale, dengan aspek yang dinilai komunikasi, keterampilan hidup sehari-hari, sosialisasi, dan keterampilan motorik (hingga 4 tahun 11 bulan. diberi angka dan diberi nilai, menghasilkan kumpulan perilaku adaptif yang terkait dengan keterampilan yang diharapkan pada usia tertentu.

Kriteria diagnose menurut DSM-IV-TR

- Fungsi intelektual dibawah rerata ($IQ < 70$) pada tes IQ yang diberikan secara individual. Pada bayi, penilaian klinis berupa penilaian fungsi intelektual

- Deficit atau hendaya terjadi bersamaan dalam fungsi adaptif saat ini (yaitu\efektivitas individu yang diharapkan untuk memenuhi standar yang diharapkan pada kelompok tertentu), paling sedikit 2 area berikut : komunikasi, perawatan diri, kehidupan di rumah, keterampilan sosial/diri, keterampilan akademik fungsional, bekerja, bersantai, kesehatan dan keamanan.
- Onset sebelum 18 tahun
- Derajadnya
 RM ringan : IQ 50-55 hingga 70
 RM sedang 35-40 sampai 35-40
 RM berat 20-25 sampai 35-40
 RM sangat berat < 20-25
 RM dengan keparahan tidak dapat dirinci : ketika terdapat anggapan berat adanya RM, tp IQ pasien tidak dapat diuji dengan uji standart

C. Etiologi

- Sekunder akibat kerusakan otak pada masa antenatal (rubella), perinatal (hipoksia), post natal (meningitis)
- Genetic: (x-linked), autosom dominan, autosom resesif, kromosom

D. Faktor Risiko

- Genetic
- Lingkungan
- Psikososial
- Kelainan kromosom
- Intoksikasi timbale subklinis
- Paparan prenatal terhadap obat
- Alkohol
- Toksin

E. Komorbiditas

- Gangguan neurologis
 Biasanya kombinasi antara epilepsy, retardasi mental dan autistik

- Sindrom genetic
- Missal fragile X sindrom biasanya disertai dengan ADHD, sindrom pader willy biasanya disertai dengan gangguan makan ompulsif, hiperfagiadan obesitas
- Sindrom psikososial: kesulitan komunikasi menyebabkan frustasi sehingga timbul perilaku menghindar,ansietas, disforia,depresi

F. Etiologi

Etiologi dapat karena factor genetic, didapat atau kombinasiberbagai factor. Faktor genetic dapat berupa abnormalitas kromosom. Gangguan kromosom dapat disebabkan oleh pajanan prenatal teradap infeksi, toksin dan factor social cultural. Gangguan metabolic awaan juga dapat menghasilkan suaturetardasi mental. Kurang gizi, pengasuhan dan stimulasi sosial. Faktor psikologis dan stigma juga mempengaruhi

G. Macam gangguan

- Factor genetic : kelainan kromosom autosomal dan kelainan kromosom sex. Contoh : sindrom down, fragile X syndrome, Sindrom Prader-willi, fenilketonuria, Gangguan Rett, sindrom Lesch-Nyhan
- Gangguan defisiensi enzim :
Berupa gangguan metabolisme lemak, metabolisme mucopolisacarida, metabolisme glikoprotein dan oligosacarida, metabolisme asam aminodan lain-lain
- Gangguan perkembangan dapatan
 - Masa perinatal
Infeksi Rubella, AIDS, Sindrom alcohol janin, pajanan obat perinatal, komplikasi kehamilan
 - Masa perinatal
Bayi prematur, BBLR,
 - Masa kanak-kanak
Infeksi, trauma kepala, masalah lain yang menyebabkan kerusakan permanen otak. Misalnya : tenggelam,tumorotak

- .Faktor Lingkungan dan sosiokultural

Misal kurang gizi, kurang asuh, kurangnya stimulasi akan menyebabkan gagal tumbuh yang mengganggu perkembangan otak. Paparan zat toksik, pada lingkungan juga menyebabkan gangguan. Lingkungan perinatal yang buruk, akan mendukung stress perinatal dan menyebabkan kerusakan otak

C. Gejala Klinis

Anamnesis terutama :

- riwayat kehamilan ibu dan riwayat perinatal
- riwayat social :riwayat perkawinan sedarah,
- Riwayat keluarga : ada yang seperti ini, untuk menggali kelainan hereditas
- Menilai kapasitas intelektual orang tua dan iklim
- emosional di rumah

Pemeriksaan psikiatri

- Kemampuan verbal : bahasa reseptif dan ekspresif,
- Kemampuan bahasa nonverbal : interaksi dengan si pemberi perawatan
- Bagaimana pasien menghadapi tahap-tahap perkembangan

Pemeriksaan Fisik

- Ciri khas dismorfik sesuai dengan kelainan retardasi mental.

Misal : sindrom down :fisura palpebra condong ke atas, depresi pertengahan wajah, lipatan simian, perawakan pendek, gangguan tiroid, kelainan jantung, oksiput datar, arkus palatines tinggi, kelainan jantung Fragile X : wajah panjang, telinga lebar, hipoplasia pertengahan wajah, palatum tinggi, perawakan pendek, prolaps katup mitral, strabismus Fenilketonuria : gejala tidak ada saat neonates, kemudian kejang di kemudian hari, kulit putih, mata biru, rambut pirang, retardasi mental, gangguan bahasa, gangguan perilaku, hiperaktivitas, ansietas, hi

Penilaian psikologis

Untuk bayi menggunakan Skala Gessel dan Baygley serta Cattell Infant Intelligence scale. Pada anak digunakan Skala StanfordBinnet Intellegencescaledan Wechesler Intelegence scale

D. Pemeriksaan Penunjang

1. Studi kromosom: cariotyping dengan cara amniosentesis atau Chorionic villi sampling
2. Analisis darah dan urin
Analisis enzim asam amino maupun organik
Uji fungsi metabolic

E. Diagnosa Banding

- Hendaya sensorik seperti tuli, buta pada bayi selama pengujian tanpa alat bantu mirip dengan Retardasi mental(RM)
- Deficit pembicaraan atau palsi cerebral memberikan gejala yang mirip RM
- Penyakit kronis yang menyebabkan deficit otak
- Sindrom cacat otak tertentu yang menimbulkan gejala seperti aleksia,agrafia, dll
- Anak dengan gangguan belajar
- Anak umur < 18 tahun yang memenuhi diagnose demensia menunjukkan RM, IQ <70 makadiberikan diagnose RM dan Demensia
- Anak > 18 tahun dengban kelainan kognitif saja langsung didiagnosa demensia

F. Terapi

Pencegahan :

- Konsultasi genetiik
- Prenatal diagnostic

- Peningkatan perawatan perinatal

Perawatan :

- Tim yang terdiri dari multidisiplin ilmu
- Integrasi dengan komunitas, jika mungkin
- Peningkatan kewaspadaan terhadap kemungkinan penyiksaan fisik, emosional dan kekerasan seksual
- Pengawasan serta penanganan penyakit mental komorbid

RM dengan komorbid dibutuhkan dukungan psikosial, berupa pemenuhan kebutuhan sosial dan lingkungan. Serta perhatian terhadap komorbidnya.

Terapi optimal adalah pencegahan primer, sekunder, tersier. Pencegahan primer berupa : menghilangkan atau mengurangi hal yang menyebabkan retardasi mental. Caranya dengan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat umum dan kesadaran mengenai RM, upaya kesehatan yang berkelanjutan untuk mencegah RM, menerbitkan undang-undang yang mendukung kesehatan ibu dan anak secara optimal, eradikasi penyakit yang berpotensi merusak SSP

Pencegahan sekunder dan tersier berupa terapi terhadap penyakit atau hal yang diduga menyebabkan RM (pencegahan sekunder) agar memperpendek perjalanan klinis dan meminimalkan gejala sisa yang nantinya akan menimbulkan gejala. Apabila telah terjadi RM, diberikan terapi agar mengurangi hendaya

Edukasi untuk anak RM meliputi pemberian pendidikan pada Penderita RM agar memiliki keterampilan adaptif, keterampilan sosial dan keterampilan kejuruan. Perhatian khusus pada keterampilan komunikasi agar dapat memperbaiki kualitas hidupnya. Terapi kelompok akan lebih baik

Terapi perilaku diberikan dengan cara membentuk perilaku sosial yang serta mengendalikan perilaku agresif destruktif. Terapi kognitif, berupa menghilangkan keyakinan yang salah serta latihan relaksasi. Terapi

psikodinamik ditujukan pada pasien dan keluarga untuk mengurangi konflik mengenai pengharapan yang menimbulkan ansietas, kemarahan dan depresi yang menetap

Paling penting adalah edukasi keluarga agar keluarga berperan dalam meningkatkan kompetensi dan harga diri pasien serta mempertahankan pengharapan yang realistic kepada pasien

Intervensi sosial dapat dilakukan dengan mengikutsertakan pasien pada forum yang member kesempatan untuk interaksi sosial dengan sejenisnya. Misal olimpiade khusus RM yang meningkatkan harga diri pasien.

Teraapi farmakologis diberikan jika ada gangguan mental komorbid

G. Prognosis

Sebagian besar kasus RM tidak ada perbaikan pada hendaya intelektual. Tetapi apabila lingkungan mendukung, perilaku adaptifnya akan membaik. Orang dengan retardasi mental ringan mempunyai kemampuan beradaptasi yang lebih baik

BAB VI

TICS

1.1. Gangguan Tic

Kemampuan : 3A (transient tic disorder)

PPDGJ III. F.95

A. Definisi

Adalah kontraksi otot yang berulang dan cepat yang merupakan atau vokalisasi yang dirasa sebagai gerakan involunter.

Perilaku TIC pada anak dan remaja timbul saat ada stimulus dan sebagai respon terhadap dorongan internal

Perjalanan penyakit dapat konstan juga dapat memburuk/membaik. Dimulai pada masa anak atau remaja. Gejala paling berat ditemukan pada sindroma *Gilles de la Tourette*.

Termasuk kelainan neuropsikiatri, pada beberapa orang dapat ditekan. Pada periode waktu tertentu.

Spektrum gangguan TIC adalah gangguan TIC vocal dan motorik kronis, gangguan TIC sementara, gangguan TIC tidak tergolongkan.

1. Gangguan Tourette

Adalah TIC motorik multiple dan satu atau lebih TIC vocal yang terjadi beberapa kali sehari selama 1 tahun. Gangguan ini menimbulkan penderitaan dan hendaya yang signifikan dalam fungsi-fungsi penting. Onset, sebelum umur 18 tahun, dan tidak disebabkan oleh gangguan medis umum. Pada beberapa pasien terdapat kopolalia dan ekolalia.

B. Faktor risiko

- kembar monozigot
- riwayat keluarga,
- Pada ADHD
- Pada gangguan obsesif kompulsif

- Obat-obat yang meningkatkan aktivitas dopamine sentral (amfetamin)
- Kelainan pada ganglia basalis
- Proses autoimun karena infeksi streptokokus

C. Gambaran klinis

Kriteria menurut DSM-IV-TR

- TIC motorik multiple dan 1 atau lebih TIC vocal telah ada pada suatu saat selama penyakit, meskipun tidak harus bersamaan. (TIC adalah gerakan motorik atau vokalisasi yang mendadak, cepat, berulang tidak berirama dan stereotipic)
- TIC terjadi beberapa kali sehari, biasanya dalam sehari (biasanya dalam serangan) hampir setiap hari atau secara intermiten sepanjang 1 tahun, selama periode ini tidak pernah ada periode bebas TIC selama lebih dari 3 bulan berturut-turut
- Onset kurang 18 tahun
- Gangguan ini tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari penggunaan zat (stimulant) atau keadaan medis umum (misalnya penyakit Huntington atau pasca ensefalitis virus)

Pemeriksaan fisik dan psikiatri

- Terjadi di wajah dan leher, cenderung terjadi dengan arah kebawah dapat sampai ke lengan dan tangan
- Terkadang system pencernaan dan pernafasan terlibat
- Terkadang terdapat gangguan kepribadian obsesif kompulsif, kompulsi, kesulitan atensi, dan impulsivitas.
- Terkadang terdapat agresif seksual yang menyilkan penderitanya

D. Pemeriksaan Penunjang

- EEG didapatkan gelombang abnormal spesifik
- Terdapat kelainan spesifik CT scan

E. Diagnosa banding

- Distonik
- Keriform
- Penyakit hutington
- Parkinson
- Korea Syndeman
- Tremor
- Manerisme
- Gangguan gerakan stereotypi(gerakan mengguncang-guncang yang memberikan rasa nyaman, sedang TIC menimbulkan penderitaan)
- Gangguan mood dan perilaku
- Anak autistic dan retardasi mental
- Diskinesia Tardif
- Penggunaan obat stimulant

F. Terapi

- Terapi edukasi komprehensif kepada keluarga agar anak tidak dihukum karena perilaku TIC nya. Selain itu dapat diberikan terapi perilaku dengan pengawasan diri, pelatihan respon yang tidaksesuai, presentasi dan menghilangkan dorongan positif, serta terapi pembalikan kebiasaan. Terapi relaksasi untuk mengurangi
- Farmakoterapi :
 1. Antipsikotik potensi tinggi : haloperidol, trifluoperazine, primozid. Penghentian mendadak obat ini dapat menyebabkan efek ekstrapiramidal dan disforik
 2. Apabila terdapatparkinson dapat diberikan antipsikotik atypical
 3. Agonis α -adrenergik juga dapat digunakan
 4. Seringnya TIC dengam komorbiditas obsesif kompulsif maka dapat diberikan SSRI

G. Prognosis

Perjalanan penyakit dapat relative dapat membaik atau memburuk.
Bila premorbid mempunyai masalah emosional/stress prognosisnya lebih buruk

2. Gangguan TIC vocal atau motorik kronis

Definisi

TIC motoric atau TIC vokaltetapi tidak keduanya. Diagnosa ditegakkan bila sindroma **Tourette tidak memenuhi syarat**

Gambaran klinis :

- Terjadi pada masa anak-anak
- Lokasinya sama dengan lokasi TIC sementara
- TIC vokal lebih jarang ditemukan dibanding TIC motorik
- TIC vokal kronis biasanya tidak keras dibanding sindroma Tourette. Biasanya diakibatkan oleh pita suara, terdiri dari bunyi mengorok akibat kontraksi diafragma, abdomen, diafragma

Diagnosa Banding

- Koreiformis
- Mioklonik
- Restless leg syndrome
- Akatisia
- Distonia
- Penyakit Huntington
- Parkinson

Terapi

Terapi tergantung pada keparahan dan frekuensi, penderitaan subjektif, serta aditidaknya gangguan jiwa yang lain.

Psikoterapi dilakukan untuk meminimalisasikan reaksi emosional. Terapi pembalikan kebiasaan juga bermanfaat dalam mengurangi TIC.

Pada TIC vokal dan motorik kronis berespon baik dengan pemberian haloperidol. Perhatikan efek samping obat berupa diskinesia Tardif

Prognosis

Anak dengan gejala tic yang dimulai umur 6-8 tahun akan memiliki prognosis baik. Biasanya berhenti pada masa dewasa awal. TIC yang melibatkan ekstremitas dan batang tubuh, maka prognosisnya lebih buruk dibandingkan dengan TIC di wajah

3. Gangguan TIC Sementara

Definisi

Adalah terjadi satu atau lebih tic vocal dan atau motorik atau keduanya, terjadi beberapa kali dalam sehari, berlangsung mulai 4 minggu sampai 12 bulan. Gangguan mirip gangguan tourete. Diagnosa gangguan tic sementara tidak dapat ditegakkan bila ada gangguan tourete dan gangguan TIC vocal dan motorik kronis terpenuhi. Gangguan ini dapat ditegakkan jika terjadi dengan onset < 18 tahun

Kriteria diagnosa

- Satu atau beberapa TIC motorik dan atau vocal (yaitu gerakan motorik stereotipik/vocal lisisasi yang berulang atau tiba-tiba, cepat, berulang, non ritmik)
- Terjadi beberapa kali dalam sehari, hampir setiap hari, sedikitnya 4 minggu dan kurang dari 12 bulan
- Onset sebelum berumur 18 tahun
- Gangguan tidak disebabkan pengaruh penggunaan zat psikoaktif atau kondisi medis umum
- Criteria tidak pernah memenuhi gangguan tourete atau gangguan tic vocal dan motorik kronis

Terapi

Apakah TIC akan hilang spontan atau kronis tidak jelas dalam awal terapi. Keluarga dianjurkan pada pengabaian TIC. Karena memfokuskan

pada TIC akan memperparah. Apabila tic berat sampai menyebabkan reaksi emosi berlebihan harus diperiksa psikiatri, dan pemeriksaan neurologi. Terapi farmakologis tidak dianjurkan kecuali gejala berat dan mengganggu

Prognosis

Dapat menghilang, dapat berulang saat stress tertentu. Sebagian kecil orang akan menjadi kronis

4. Gangguan TIC yang tidak tergolongkan

Adalah gangguan tic yang tidak memenuhi gangguan diatas. Misal berlangsungnya TIC kurang dari 4 minggu. Dengan onset lebih dari 18 tahun



BAB VII

KELAINAN DAN DISFUNGSI SEKSUAL

7.1. GANGGUAN KEINGINAN DAN GAIRAH SEKSUAL

KEMAMPUAN : 3A

ICD X. F. 52.0

A. Definisi Gangguan Hasrat Seksual

Gangguan hasrat seksual ditandai dengan gangguan seksual hipoaktif, yaitu defisiensi atau tidak adanya fantasi seksual dan tidak adanya hasrat untuk melakukan aktivitas seksual.

Gangguan keengganan seksual : keengganan dan penghindaran kontak seksual genital dengan pasangan seksual atau dengan masturbasi. Gangguan ini lebih banyak diderita perempuan dan lebih banyak gangguan hasrat dari pada gangguan keengganan

Kriteria diagnostic gangguan hasrat seksual:

- Kurangnya/tidak adanya fantasi seksual dan hasrat untuk aktivitas seksual yang menetap atau berulang. Penilaian mengenai kurang atau tidaknya dilakukan oleh klinis dengan mempertimbangkan factor yang mempengaruhi fungsi seksual, seperti usia dan konteks kehidupan
- Gangguan ini menyebabkan penderitaan yang nyata
- Disfungsi seksual sebaiknya tidak disebabkan oleh gangguan aksis I yang lain (kecuali disfungsi seksual yang lain), tidak disebabkan oleh pengaruh penggunaan zat psikoaktif atau gangguan medis umum
- Tentukan typenya
Type seumur hidup, type didapat
Type menyeluruh, type situasional
Akibat psikologi, akibat factor kombinasi

Kriteria diagnosis DSM-IV-TR keengganan seksual

- Keengganan yang ekstrem berupa penghindaran yang menetap dan berulang terhadap semua kontak seksual genital dengan pasangan seksual
- Gangguan ini menyebabkan penderitaan yang nyata atau kesulitan interpersonal
- Disfungsi seksual tidak lebih mungkin disebabkan gangguan aksis I lain kecuali gangguan seksual lain

Kriteria diagnosis DSM-IV-TR Gangguan Rangsangan Seksual pada Perempuan

- Ketidakmampuan berulang atau menetap untuk mencapai atau mempertahankan respon kegairahan seksual berupa pembengkakan dan lubrikasi yang adekuat sampai aktivitas seksual berakhir
- Gangguan ini menimbulkan penderitaan yang nyata dan kesulitan interpersonal
- Tidak disebabkan oleh gangguan aksis I yang lain (kecuali gangguan disfungsi seksual lain)
- Tidak disebabkan penggunaan zat dan keadaan medis umum

Etiologi

- Inhibisi selama masa perkembangan, masa falik
- Konflik odipus yang tidak terselesaikan
- Stress kronik, ansietas, depresi
- Abstinensi seksual jangka lama
- Ekspresi permusuhan dengan pasangan
- Adanya hasrat seksual dipengaruhi : factor biologis, arga diri yang adekuat, kemampuan menerima seseorang sebagai makhluk seksual, pengalaman yang baik mengenai seksual, keberadaan pasangan yang sesuai. Kerusakan atau ketiadaan factor ini akan menurunkan hasrat

Penegakkan diagnosis

1. Anamnesa : mencari etiologi, stressor atau factor yang mempengaruhi seperti diatas

Mencari apakah kelainan ini menimbulkan hendaya aatau gangguan fungsi

Mencari apakah ada penggunaan zat psikoaktifatau riwayat penyakit tertentu yang menyebabkan gangguan asrat

2. Pemeriksaan fisik :mencari adakah gangguan medis umum
3. Pemeriksaan psikiatri : memeriksa pemeriksaan psikiatri untuk menyingkirkan gangguan aksis I yang lain, mencari apakah ada factor komorbid seperti gangguan kepribadian, depresi dan lain-lain
4. Pemeriksaan Penunjang
 - Pemeriksaan untuk mencari kelainan anatomi (USG, HSG dll)
 - Pemeriksaan hormonal (estrogren, progesterone, androgrn, oksitosin, prolaktin)
 - Pemeriksaan fungsi syaraf

Diagnosa Banding

- Gangguan hasrat seksual karena penggunaan zat
- Gangguan hasrat seksual karena gangguan medis umum
- Gangguan hasrat seksual akibat aksis I yang lain (misal depresi, ansietas dll)

Terapi

- Terapi psikologi : menggali konflik yang tidak disadari, emosi, fantasi dan kesulitan interpersonal
- Terapi sex-dual :terapi yang menganggap pasangan sebagaiojek terapi,bukan hanya terapi pada pasien. Pasangan didudukkan bersama dan saling mengklarifikasi, mendiskusikan, dan menyelesaikan masalah pasangan.Tujuan terapi ini menghilangkan ketidakpuasan pasangan dengan cara komunikasi.

- Latihan teknik dan latihan khusus
Pada gangguan hasrat pasien diminta latihan masturbasi, menggunakan alat bantuan sex
- Hipnoterapi
Untuk menghilangkan ansietas pada disfungsi tertentu untuk membuang gejala sisa dan merubah sifat
- Terapi perilaku
Untuk membuat hierarki peristiwa yang membuat ansietas, kemudian mensikapinya. Latihan mengemukakan kebutuhan seksual dengan terbuka
- Terapi kelompok
Untuk memeriksa masalah interpersonal dan intrapsikis pasien. kelompok ini akan mendukung pasien melawan mitos seksual, memperbaiki kesalahan konsep, member informasi yang benar
- Terapi seks beorientasi analitis
Mengkaji factor dinamis seperti mimpi, rasa takut, agresif, kesulitan mempercayai pasangan dan lain-lain
- Terapi biologis
Terapi biologis berupa : farmakoterapi, pembedahan, alat mekanis
Farmakoterapi untuk disfungsi seksual dapat diberikan sildenafil. Krim alprostadil dapat meningkatkan perangsangan seksual. Anti depresan dapat diberikan pada pasien yang fobia terhadap sex. Zat afrodisiak juga dapat meningkatnya gairah seksual. Agen dopaminergik dapat meningkatkan performa seksual dan memperbaiki fungsi seksual.
- Terapi hormonal
Androgen meningkatkan gairah sex pada laki-laki dan perempuan. Kombinasi estrogen dan testosterone akan memperbaiki gejala. Penggunaan antiandrogen dan antiestrogen akan meningkatkan libido

- Pendekatan terapi mekanis menggunakan vibrator, pompa vakum, EROS untuk menciptakan ereksi pada perempuan

7.2. GANGGUAN ORGASMUS DAN GANGGUAN EREKSI

KEMAMPUAN : 3A

ICD X. F.52.3

Kriteri DSM-IV-TR mengenai gangguan ereksi Laki-laki

- Ketidakmampuan berulang atau menetap mempertahankan ereksi yangadekuat sampai aktivitas seksual berakhir
- Gangguan ini menimbulkan penderitaan yang nyata dan gangguan interpersonal
- Disfungsi ereksi tidak disebabkan gangguan Axis I lain,kecuali disfungsi seksual lain
- Disfungsi ereksi tidak disebabkan oleh penggunaan zat psikoaktif atau gangguan medis umum

Kriteria Diagnosa Gangguan Orgasme Perempuan

- Penundaan atau tidak adanya orgasme setelah fase gairah seksual normal yang berulang dan menetap. Perempuan menunjukkan keberagaman luas dan jenis atau intensitas stimulasi yang mencetuskan orgasme.
- Diagnosa ditegakkan oleh klinisi didasarkan padapenilaian klinis bahwa kapasitas orgasme perempuan itu kurang berdasarkan usia,pengalaman seksual dan stimulasi seksual adekuat yang dia terima
- Gangguan ini menimbulkan penderitaan yang nyata dan kesulitan interpersonal
- Disfungsi orgasme tidak di sebabkan oleh gangguan Axis I lain, kecuali gangguan disfungsi seksual lain
- Disfungsi tidak disebabkan penggunaan zat psikoaktif dan gangguan medis umum

Kriteria Diagnostik Gangguan orgasme pada laki-laki

- Penundaan atau tidak adanya orgasme yang terjadi berulang atau menetap setelah fase gairah seksual yang normal.
- Dinilai oleh klinisi berdasarkan usia, tidak adekuat dalam focus, intensitas dan durasinya
- Gangguan ini menimbulkan penderitaan yang nyata atau gangguan interpersonal
- Disfungsi orgasme tidak disebabkan oleh gangguan Axis I lain, kecuali gangguan disfungsi seksual lain
- Disfungsi tidak disebabkan penggunaan zat psikoaktif dan gangguan medis umum

Kriteria Diagnosa DSM-IV-TR Ejakulasi Dini

- Ejakulasi berulang atau menetap dengan stimulasi seksual yang minimal sebelum, pada saat atau segera setelah penetrasi dan sebelum orang tersebut menginginkannya
- Diagnosa ditegakkan oleh klinisi dengan memperhitungkan factor yang mempengaruhi durasi fase gairah seperti usia, pasangan seksual, pengalaman seksual, situasi dan frekwensi aktivitas seksual
- Gangguan menimbulkan penderitaan yang nyata dan kesulitan interpersonal
- Disfungsi orgasme tidak disebabkan oleh gangguan Axis I lain, kecuali gangguan disfungsi seksual lain
- Disfungsi tidak disebabkan penggunaan zat psikoaktif dan gangguan medis umum

B. Etiologi

- Faktor biogenic: factor anatomis, factor ormonal, neurologis
- Factor intrapsikik: indentifikasi gender, orientasi seksual,
- Factor psikogenik : stress, gangguan emosional, pengabaian fungsi sosial, seksual
- Kombinasi ketiganya

C. Penegakan Diagnosa

Sesuai criteria diagnose diatas

Pemeriksaan fisik : untuk menyingkirkan gangguan medis umum

Pemeriksaan penunjang: untuk menyingkirkan gangguan medis umum dan penggunaan zat

D. Diagnosa Banding

- Gangguan akibat kondisi medis umum
- Gangguan akibat penggunaan zat

E. Terapi

- Terapi psikologi : menggali konflik yang tidak disadari, emosi, fantasi dan kesulitan interpersonal
- Terapi sex-dual :terapi yang menganggap pasangan sebagai objek terapi, bukan hanya terapi pada pasien. Pasangan didudukkan bersama dan saling mengklarifikasi, mendiskusikan, dan menyelesaikan masalah pasangan. Tujuan terapi ini menghilangkan ketidakpuasan pasangan dengan cara komunikasi.
- Latihan teknik dan latihan khusus
Pada gangguan hasrat pasien diminta latihan masturbasi, menggunakan alat bantuan sex
- Hipnoterapi
Untuk menghilangkan ansietas pada disfungsi tertentu untuk membuang gejala sisa dan merubah sifat
- Terapi perilaku
Untuk membuat hierarki peristiwa yang membuat ansietas, kemudian mensikapinya. Latihan mengemukakan kebutuhan seksual dengan terbuka
- Terapi kelompok
Untuk memeriksa masalah interpersonal dan intrapsikis pasien. kelompok ini akan mendukung pasien melawan mitos

seksual, memperbaiki kesalahan konsep, member informasi yang benar

- Terapi seks beorientasi analitis
Mengkaji factor dinamis seperti mimpi, rasa takut, agresif, kesulitan mempercayai pasangan dan lain-lain
- Terapi biologis
Terapi biologis berupa : farmakoterapi, pembedahan, alat mekanis
Farmakoterapi untuk disfungsi seksual dapat diberikan sildenafil. Krim alprostadil dapat meningkatkan perangsangan seksual. Anti depresan dapat diberikan pada pasien yang fobia terhadap sex. Zat afrodisiak juga dapat meningkatnya gairah seksual. Agen dopaminergik dapat meningkatkan performa seksual dan memperbaiki fungsi seksual.
- Terapi hormonal
Androgen meningkatkan gairah sex pada laki-laki dan perempuan. Kombinasi estrogen dan testosterone akan memperbaiki gejala. Penggunaan antiandrogen dan antiestrogen akan meningkatkan libido
- Pendekatan terapi mekanis menggunakan vibrator, pompa vakum, EROS untuk menciptakan ereksi pada perempuan

7.3. GANGGUAN PSIKOSEKSUAL

Gangguan psikoseksual terbagi menjadi

1. Gangguan fungsi

Pria : gagal ereksi, gagal ejakulasi

Wanita : libido menurun, vaginismus, dispareuni, disfungsi orgasme

Etiologi :

- Fisik :diabetes, mixudema, gangguan MS, operasi daerah pinggul)
- Obat : psikotropika, beta bloker, antipsikotik, antidepresan, diuretic, benzodiazepine
- Psikiatrik : depresi, ansietas, penyalahgunaan alkohol

- Hubungan pribadi
- Psikologis
- Riwayat penyiksaan

2. Gangguan preferensi

Terdiri dari :

- Tindakan seksual : ekshibionisme, voyerisme, sadomachokisme, frotteurisme
- Objek seksual: fetishisme, transvestitisme, pedofilia, nekrofilia, bestialitas

3. Gangguan identitas

Adalah ketidak wajaran pengakuan jenis kelamin

Keinginan untuk menjadi lawan jenis

Berminat operasiganti kelamin jika sudah menjalani peran lawan jenis selama 2 tahun

Dapat terjadi pada masa anak dan dewasa

- Pada masa anak: berpakaian, berperilaku seperti lawan jenis, gangguan ini sering terjadi pada pria biseksual dewasa
- Pada masa dewasa:
Lebih banyak pria
Berminat operasi ganti kelamin

BAB VIII

GANGGUAN TIDUR

8.1. HIPERSOMNIA

KEMAPUAN : 4A

ICD X.G.47

Masalah kesehatan

Hipersomnia adalah tidur yang berlebihan , rasa mengantuk di siang hari yang berlebihan, atau kadang keduanya. Hipersomnia sementara dan situasional merupakan gangguan pola tidur-bangun normal. Hipersomnia dapat terjadi karena kelainan organik otak, idiopatik, keadaan narkoleptik, atau karena kondisi kejiwaan tertentu

Contoh Kasus:

Seorang perempuan berusia 22 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan cepat mengantuk. Keluhan ini dirasakan lebih dari 2 bulan ini. Pasien merupakan sarjana diploma kebidanan tapi hingga sekarang belum bekerja. Pasien mengeluh cepat mengantuk kalau siang, dan selalu tidur siang lama. Pada malam hari pasien juga selalu tidur lebih cepat dan sulit bangun pagi hari.

Hasil anamnesis (Subjective)

- Keadaan ini ditandai dengan kesulitan yang berlebihan untuk tetap terjaga
- Kecenderungan untuk tetap berada di tempat tidur dalam periode waktu yang sangat lama
- Sering kembali ke tempat tidur untuk tidur siang hari.
- Pada kondisi kelelahan atau jatuh tertidur lebih awal dari biasanya
- Kesulitan bangun di pagi.
- Merasa lelah yang hebat sepanjang hari
- Merasa tetap mengantuk meskipun telah tidur malam dan tidur siang

- Sulit berpikir dan membuat keputusan, pikiran tidak jernih
- Apati (kurang emosi, motivasi, atau antusiasme)
- Sulit berkonsentrasi atau mengingat
- Peningkatan risiko kecelakaan, terutama kecelakaan kendaraan bermotor

Penyebab hipersomnia ¹

- Hipersomnia adalah penyakit idiopatik, walaupun infeksi viral/trauma kepala dapat menyebabkan hipersomnia primer
- Kurang tidur - Sebelum hipersomnia muncul, jam kerja yang panjang ditambah dengan lembur mungkin belum akan memiliki efek selama berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun. Tapi, remaja yang bergadang hingga pagi, mungkin akan merasa lelah selama seminggu.
- Faktor lingkungan - terbangun dari tidur yang disebabkan oleh berbagai gangguan, seperti karena teman mendengkur, bayi yang terjaga, tetangga berisik, suhu panas atau dingin, atau karena tidur di kasur yang tidak nyaman.
- Kerja shift - sangat sulit mendapatkan istirahat yang cukup apabila bekerja secara shift, terutama mereka yang shift malam.
- Kondisi mental - kecemasan dapat membuat seseorang tidak dapat tidur di malam hari, yang membuat mereka rentan mengalami kantuk di siang hari. Karena depresi dan kecemasan sangat menguras energi.
- Obat-obatan - obat-obatan seperti alkohol, kafein, obat penenang, obat tidur dan antihistamin dapat mengganggu pola tidur.
- Penyakit - seperti hipotiroidisme (kelenjar tiroid kurang aktif), refluks esofagus, asma nokturnal dan penyakit kronis dapat mengganggu tidur. Infeksi virus yang mencetuskan gangguan neurologi Seperti SGB(sindrom Gulian Bare), infeksi mononucleosis infeksiiosa.
- Perubahan zona waktu - pergi ke belahan bumi lain yang memiliki zona waktu yang berbeda dapat mempengaruhi jam biologis internal.

- Gangguan tidur - seperti sleep apnea, sindrom kaki gelisah, tidur berjalan, narkolepsi, hipersomnia idiopatik dan insomnia, semuanya dapat menyebabkan hipersomnia
- Respon terhadap perubahan kehidupan
- Konflik atau kehilangan saat ini
- gangguan kepribadian: misalnya gangguan disosiatif, gangguan somatoform, fugue disosiatif, dan gangguan amnestik

Gangguan tidur yang dapat menyebabkan kantuk berlebihan di siang hari:

- **Sleep apnea** - berhentinya pernapasan atau kurang bernapas saat tidur.
- **Insomnia** - kondisi ini sangat umum terjadi, tetapi tidak selalu menyebabkan hipersomnia. Insomnia merupakan gejala, bukan penyakit.
- **Sindrom kaki gelisah** - sensasi kram di kaki, terutama pada betis. Penderitanya seringkali harus menggerak-gerakkan kakinya atau harus berjalan-jalan.
- **Tidur berjalan** - ini adalah perilaku abnormal saat tidur. Penderitanya dapat berjalan padahal masih tertidur. Tidur berjalan lebih sering terjadi pada anak-anak ketimbang orang dewasa.
- **Narkolepsi** - ini adalah gangguan tidur yang relatif langka yang ditandai dengan rasa kantuk sepanjang waktu.
- **Hipersomnia idiopatik** - gangguan tidur ini ditandai dengan tidur berlebihan di malam hari tapi tetap butuh tidur di siang hari.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (Objective)

Perlu menyingkirkan kelainan SSP yang dapat menyebabkan hipersomnia (misal trauma, infeksi)

Perlu menyingkirkan pengaruh obat-obatan yang menyebabkan hipersomnia

Penegakan diagnosis (Assessment)

Penegakan diagnosis hipersomnia meliputi diagnosis hipersomnia primer dan hipersomnia akibat gangguan jiwa lain

Kriteria diagnosis DSM-IV-TR hipersomnia primer

1. Keluhan yang dominan untuk waktu sedikitnya 1 bulan (atau kurang jika berulang) yang tampak baik dengan episode tidur lama atau episode tidur siang hari yang terjadi hampir setiap hari.
2. Rasa mengantuk yang berlebihan menyebabkan penderitaan secara klinis bermakna atau hendaya fungsi social, pekerjaan, atau area fungsi penting lain
3. Rasa mengantuk sebknya tidak disebabkan insomnia dan tidak hanya terjadi selama perjalanan gangguan tidur lain (contoh: narkolepsi, gangguan tidur terkait pernapasan, ganggua tidur irama sirkadian, atau parasomnia)
4. Gangguan ini tidak hanya terjadi selama perjalanan gangguan jiwa lain (contoh: gangguan depresi berat, gangguan anxiety menyeluruh, delirium)
5. Gangguan ini bukan disebabkan efek fisiologis langsung suatu zat(contoh: penyalahgunaan obat) atau keadaan medis umum.

Tentukan jika:

Berulang: jika terdapat periode rasa mengantuk berlebihan yang berlangsung sedikitnya selama 3 hari terjadi beberapa kali dalam setahun selama sedikitnya 2 tahun

Kriteria diagnosis DSM-IV-TR hipersomnia akibat gangguan jiwa lain

1. Keluhan yang dominan untuk waktu sedikitnya 1 bulan seperti adanya episode tidur lama atau episode tidur siang hari yang terjadi hampir setiap hari.
2. Rasa mengantuk yang berlebihan menyebabkan penderitaan secara klinis bermakna atau hendaya fungsi social, pekerjaan, atau area fungsi penting lain

3. Hipersomnia dianggap gangguan axis I atau II lain (contoh gangguan depresif berat, gangguan distimik) tetapi cukup berat sehingga memerlukan perhatian klinis tersendiri.
4. Gangguan ini sebaiknya tidak disebabkan gangguan tidur lain (contoh: narkolepsi, gangguan tidur terkait pernapasan, parasomnia) atau kurang tidur
5. Gangguan ini tidak disebabkan efek fisiologis langsung suatu zat (contoh: penyalahgunaan obat) atau keadaan medis lain.

Penatalaksanaan komprehensif (Plan)

Medikamentosa

- Diberikan obat-obatan simultan seperti amfetamin yang diberikan pagi atau sore hari.
- Obat antidepresan non sedasi seperti bupropion (wellbutrin)
- stimulan baru seperti modafinil (provigil)

Edukasi dan Konseling

1. penyelesaian permasalahan / stress
2. perubahan gaya hidup, seperti:
 - a. Menghindari rokok, alkohol dan minuman berkafein sebelum tidur.
 - b. Relaksasi secara rutin untuk mencegah kecemasan atau kekhawatiran di malam hari.
 - c. Berolahraga secara teratur dan menjaga berat badan yang normal.
 - d. Diet seimbang untuk mencegah kekurangan gizi.
 - e. Hindari gangguan di ruang tidur, misalnya dengan tidak menempatkan televisi di kamar tidur.
 - f. Atur tempat tidur senyaman mungkin, pastikan suhunya tidak terlalu panas atau terlalu dingin.
 - g. Terapkan jadwal tidur, dan patuhi. Hal ini akan membuat tubuh Anda terbiasa dan akan merespon ketika saatnya harus tidur.
 - h. Hanya tidur hanya saat mengantuk.

Prognosis

Hipersomnia dengan onset umur 15-30 tahun yang tidak diterapi akan stabil dan kronik. Hiperinsomnia akan berlangsung seumur hidup. Tidak dapat menghilang dengan sendirinya. Dapat mengarah ke depresi. Pada anak-anak dapat terjadi hiperaktivitas.

8.2. INSOMNIA

KEMAMPUAN : 4A

ICD.X. G.47

Masalah Klinik

Insomnia adalah kesulitan memulai tidur, mempertahankan tidur atau tidak dapat menyegerakan tidur paling tidak selama 1 bulan. Keadaan Insomnia ini menyebabkan gangguan fungsi individu yang bermakna. Insomnia kronik berlangsung lebih dari 6 bulan, sedangkan insomnia jangka pendek berlangsung 1-6 bulan.

Menurut data penelitian di 49% terjadi pada laki-laki, 51 % terjadi pada perempuan. Menurut type insomnia 17 % insomnia primer, 83% insomnia sekunder. Berdasarkan usia, terjadi 11 % pada usia < 20 tahun, 32% terjadi pada usia 20-30 tahun, 40 % terjadi pada pasien 31-50 tahun, sisanya 17% pada usia lebih dari 50 tahun. Sebagian besar terjadi pada pasien yang menikah. Insomnia dapat terkait dengan skizofrenia, gangguan psikotik akut, depresi, gangguan bipolar, derilium, gangguan mental organik. Penelitian lain menyebutkan 58 % insomnia adalah sekunder. Terutama karena depresi.

Pembagian Isomnia

Insomnia dibagi menjadi insomnia primer dan sekunder. Insomnia Primer adalah insomnia yang tidak berhubungan dengan gangguan medis, gangguan psikiatri atau penyalahgunaan zat. Insomnia primer terjadi 3 dari 10 orang yang mengalami insomnia. Insomnia sekunder adalah insomnia yang disebabkan oleh gangguan tersebut diatas.

Menurut ICD X, insomnia dibagi menjadi organik dan non organik. Insomnia non organik dibagi menjadi dysomnia (gangguan lama waktu dan kualitas tidur) dan parasomnia (episode abnormal yang terjadi saat tidur misalnya mimpi buruk atau tidur sambil berjalan). Menurut ICD X insomnia kronik berlangsung lebih dari 1 bulan.

Menurut DSM TR-IV, Insomnia dibagi menjadi 4 yaitu insomnia yang terkait dengan gangguan mental lain, gangguan tidur disebabkan oleh gangguan medis umum, gangguan tidur yang berhubungan dengan penggunaan zat, dan gangguan tidur primer yang tidak terkait dengan hal di atas.

Berdasarkan Klasifikasi sleep disorder, insomnia dibagi menjadi : insomnia akut, insomnia psikofisiologi, insomnia paradoks, insomnia idiopatik, insomnia karena gangguan mental, Insomnia karena gangguan higenitas, insomnia karena obat, insomnia karena kondisi medis, insomnia karena substansi non organik, insomnia karena substansi organik.

Etiologi,

1. stress : kekhawatiran terhadap sesuatu membuat pikiran menjadi aktif pada malam hari, sehingga sulit tidur
2. obat-obatan : seperti antidepresan, obat jantung, obat darah tinggi, obat alergi, obat kortikosteroid, stimulan
3. minuman : kafein, alkohol, kopi, teh, cola, nikotin. Mengandung stimulan yang menyebabkan susah tidur. Alkohol mencegah tidur dalam sehingga jadi mudah terbangun
4. kondisi medis : misal nyeri kronis, kesulitan bernafas, sering buang air kecil. Contoh penyakit : DM, Alzheimer, arthritis, kanker, penyakit jantung, paru, GERD, penyakit Parkinson, penyakit stroke
5. perubahan lingkungan dan jadwal kerja
misal akibat perjalanan jauh atau pergeseran waktu menyebabkan berubahnya irama sirkadian

Faktor risiko

1. wanita : lebih banyak karena pengaruh hormon saat menstruasi atau menopause
2. usia: > 60 tahun lebih banyak
3. gangguan mental lain : misal psikotik, depresi, gangguan bipolar, post traumatic stress sindrom,
4. stress : misal kehilangan, masalah dalam rumah tangga menyebabkan insomnia,
5. perubahan kerja, suasana, pergeseran waktu

Anamnesis

1. sulit memulai tidur
2. sering terbangun pada malam hari
3. bangun tidur lebih awal
4. kelelahan dan mengantuk dan siang hari
5. iritabel, depresi, stress, cemas
6. sering tidak konsentrasi saat bekerja, meningkatnya risiko kecelakaan kerja

Pemeriksaan fisik

1. ketegangan motorik
2. iritabilitas
3. gangguan gastrointestinal

Kriteria Diagnosa

Menurut DSM TR-IV

Kesulitan atau gangguan untuk memulai dan mempertahankan tidur atau tidur yang non restorative yang berlangsung setidaknya 1 bulan sehingga menyebabkan hendaya fungsi sosial individu yang signifikan.

Kriteria Insomnia non organic menurut PPDGJ III

1. keluhan masuk tidur, waktu tidur atau kualitas tidur yang buruk
2. gangguan minimal 3x seminggu dalam waktu 1 bulan

3. adanya pre okupasi terhadap sesuatu sehingga tidak dapat tidur siang hari dan malam hari
4. ketidakpuasan terhadap kualitas dan kuantitas tidur sehingga menyebabkan penderitaan yang berpengaruh pada fungsi sosial dan pekerjaan
5. adanya gangguan jiwa lain (depresi/ansietas) tidak menyebabkan diagnose ansietas diabaikan
6. kriteria lama tidur tidak digunakan sebagai patokan karena besarnya variasi individual
7. lama gangguan tidak memenuhi kriteria diatas disebut transient insomnia, reaksi stress akut atau penyesuaian

Tatalaksana

1. non farmakologi :

berupa terapi tingkah laku untuk mengatur pola tidur, menyamankan tidur. Terapi ini merupakan langkah awal untuk penderita insomnia

Meliputi :

- edukasi mengenai pola tidur yang baik
- relaksasi : relaksasi otot secara progresif, biofeedback, dan latihan pernafasan
tujuan latihan relaksasi untuk mengontrol pernafasan, tonus, cardiovascular dan mood
- terapi kognitif : adalah perubahan pola pikir dari kekhawatiran tidak dapat tidur. Caranyadengan bertemu, berdiskusi dalam group
- restriksi tidur : mengurangi waktu ditempat tidur agar malamnya lelah dan dapat tidur
- mengontrol stimulant : dengan cara tidak melakukan aktivitas lain ditempat tidur. Mencoba tidur, jika 10 menit tidak dapat tidursegera pindah ruang untuk beraktivitas hingga tidur
- bangun tiap pagi dengan jadwal yang sama, tanpa melihat sudah tidur berapa jam, untuk memperbaiki pola tidur
- hindari tidur siang

- hindari hal yang memicu insomnia

2. Medikamentosa

Terapi farmakologi yang dapat diberikan obat golongan benzodiazepine dan non benzodiazepine. Pemilihan tergantung sifat gangguan tidur

- Initial insomnia : sulit masuk tidur dibutuhkan obat sleep inducing insomnia yaitu golongan benzodiazepine short acting
- Delayed insomnia : proses tidur terlalu singkat, setelah bangun sukar tidur kembali. Dalam hal ini dibutuhkan prolonged phase anti insomnia. Misalnya golongan trisiklik/tersiklik anti depresan
- Broken insomnia : siklus pola tidur normal terpecah-pecah menjadi beberapa bagian(multiple awakening). Diutuhkan sleep maintaining anti insomnia seperti golongan barbiturate long acting

Pemberian obat 15-30 menit sebelum tidur, menggunakan dosis kecil dipertahankan sampai dapat mengontrol insomnia 1-2 minggu kemudian tapering off agar tidak terjadi rebound. Pada lansia kurangi dosisnya.

Lama pemberian sebaiknya 1-2 minggu saja agar risiko ketergantungan kecil. Pemberian antiinsomnia > 2 minggu akan merubah gelombang EEG tidur yang menetap selama 6 bulan

Pasien biasanya sulit lepas dari obat karena merasa nyaman menggunakan obat, dapat mempermudah tidurnya. Oleh karena itu harus dijelaskan efek samping obatnya

Efek samping Obat

- Supresi SSP
- Antiinsomnia jangka pendek menyebabkan rebound panik
- Antiinsomnia jangka menengah menyebabkan rebound
- Antiinsomnia jangka panjang menyebabkan tidur sepanjang hari

Interaksi obat

- Penggunaan anti insomnia dan antidepresan, atau alkohol bersamaan dapat mensupresi SSP lebih hebat dapat menyebabkan oversedation dan respiratory failure
- Overdosis dapat menyebabkan kematian
- Golongan benzodiazepine jarang berinteraksi dengan obat lain karena tidak mengikat enzim microsomal hepar

Komplikasi

1. Hendaya fungsi sosial, pekerjaan
2. Risiko kecelakaan
3. Depresi, gangguan cemas
4. Berat badan meningkat
5. Risiko penyakit degenerative
6. Penurunan daya tahan tubuh

Prognosa

Prognosa baik jika diterapi denga adekuat termasuk terapi komorbidnya, penyebabnya.

Prognosis buruk jika disertai skizofrenia

DAFTAR PUSTAKA

1. Sadock BJ and Virginia Alcott Sadock. 2007. *Kaplan&Sadock's, Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Tenth Edition. Philadelphia USA : Lippincott Williams & Wilkins.
2. Sadock BJ and Virginia Alcott Sadock. 2004. *Kaplan&Sadock, Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Edisi 2. Alih Bahasa Profitasari dan Tiara Mahatmi Nisa. Jakarta ; Penerbit Buku Kedokteran Indonesia EGC.
3. Maslim Rusdi. 2001. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta.
4. Maslim Rusdi. 2006. *Panduan Praktis Penggunaan Klinis Obat Psikotropik*. Edisi Ketiga. Jakarta.
5. Tomb DA, 2006. *Buku Saku Psikiatri*. Edisi keenam. EGC: Jakarta
6. Katona C, Cooper C, Robertson M. *At a Glance Psikiatri*. 2008. Edisi keempat. EMS: Jakarta
7. Camelia V, Waham Secara Klinis. Repository.USU.ac.
8. Saju Joy. 2014. *Postpartum Depression*. [diakses tanggal 21 Agustus 2015]. Diunduh dari : URL : <http://reference.medscape.com/article/271662-overview#showall>
9. Sarah J. Breese McCoy. 2011. *Postpartum Depression, An Essential Overview for the Practitioner*. [diakses tanggal 21 Agustus 2015]. Diunduh dari : URL : http://www.medscape.com/viewarticle/736748_2
10. http://www.trich.org/dnld/ExpertGuidelines_000.pdf. Experrt Consensus, Guideline for Tricotilomania and Skin Picking disorder
11. www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Hypersomnia.ht tp://emedicine.medscape.com/article/291699-overview#a6
12. <http://www.dispsiad.mil.id/index.php/en/publikasi/artikel/221-post-traumatic-stress-disorder-ptsd>