



ILMU KEDOKTERAN JIWA

STUDY GUIDE



**FAKULTAS
KEDOKTERAN
UNISMUH MAKASSAR**



PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

VISI

Menjadi program studi pendidikan dokter terkemuka tahun 2025 yang menghasilkan lulusan Islami dan unggul dalam bidang kegawatdaruratan medik

MISI

- ✓ Menyelenggarakan pendidikan dokter dengan pendekatan *student-centered learning* berbasis teknologi informasi untuk menghasilkan lulusan yang Islami dan unggul dalam bidang kegawatdaruratan medik.
- ✓ Melaksanakan penelitian untuk mengembangkan ilmu pengetahuan, teknologi dan inovasi di bidang kegawatdaruratan medik dan kedokteran Islami.
- ✓ Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat melalui penerapan ilmu kedokteran kegawatdaruratan dan kedokteran Islami untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- ✓ Menyelenggarakan tata kelola program studi berbasis "Standar Penjaminan Mutu Internal".
- ✓ Menjalin kerjasama dengan *stakeholder* di dalam maupun di luar negeri untuk meningkatkan mutu catur dharma PSPD FK Unismuh



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Slt. Alauddin No. 259 Tlp. (0411)840 199, (0411) 866972 Faks (0411) 865588 Makassar

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

**SURAT KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
NOMOR: 134 / Tahun 1439 H/ 2018 M**

TENTANG

**PEMBERLAKUAN BUKU PANDUAN BELAJAR (*STUDY GUIDE*)
PROGRAM PROFESI DOKTER FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar setelah:

- MENIMBANG** : 1. Bahwa dalam rangka kelancaran proses belajar mengajar mahasiswa program Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar, maka diperlukan adanya Buku Panduan Belajar (*Study Guide*).
2. Bahwa untuk pelaksanaan pada butir (1) di atas, maka pemberlakuan Buku Panduan Belajar (*Study Guide*) Program Profesi Dokter perlu ditetapkan dengan Keputusan Dekan.
- MENGINGAT** : 1. UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
2. UU RI No. 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen;
3. UU RI No. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
4. PP No. 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Perguruan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
5. PP No.13 Tahun 2015 tentang Standar Pendidikan Nasional;
6. Pedoman Perguruan Tinggi Muhammadiyah Tahun 2012;
7. Statuta Universitas Muhammadiyah Makassar Tahun 2016;
- MEMPERHATIKAN** : Hasil Rapat Koordinasi Pimpinan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN

- PERTAMA** : Menetapkan dan memberlakukan Buku Panduan Belajar (*Study Guide*) Program Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar sebagaimana tercantum dalam lampiran surat keputusan ini.
- KEDUA** : Buku Panduan Belajar (*Study Guide*) ini digunakan sebagai pegangan bagi mahasiswa pendidikan dokter tingkat profesi (koas) agar lebih terarah dalam mengikuti proses belajar mengajar maupun saat bertugas di setiap stase pendidikan klinik.
- KEEMPAT** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan diperbaiki sebagaimana mestinya.



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Slt. Alauddin No. 259 Tlp. (0411)840 199, (0411) 866972 Faks (0411) 865588 Makassar

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Lampiran : Keputusan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar
Nomor : 134 / Tahun 1439 H/ 2018 M
Tentang : **Pemberlakuan Buku Panduan Belajar (Study Guide)**

DAFTAR BUKU PANDUAN BELAJAR (STUDY GUIDE) PROGRAM PROFESI DOKTER

NO.	JUDUL BUKU
1.	AL-ISLAM KEMUHAMMADIYAHAN (AIK)
2.	ANESTESIOLOGI
3.	BEDAH
4.	ILMU KEDOKTERAN FORENSIK
5.	ILMU KEDOKTERAN JIWA
6.	ILMU KESEHATAN ANAK
7.	ILMU KESEHATAN KULIT & KELAMIN
8.	ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
9.	ILMU OBSTETRI & GINEKOLOGI
10.	ILMU PENYAKIT DALAM
11.	ILMU PENYAKIT MATA
12.	ILMU PENYAKIT THT-KL
13.	ILMU PENYAKIT SARAF
14.	KEGAWATDARURATAN
15.	RADIOLOGI

Ditetapkan di : Makassar
Pada Tanggal : 07 Dzulqaidah 1439 H
20 Juli 2018 M

Dekan,

dr. H. Mahmud Ghaznawie, Ph.D., Sp.PA(K).

BAB I

PENDAHULUAN

Bismillahirrahmanirrahim

1. Bagaimana meraih sukses dalam Pendidikan Klinik Ilmu Kedokteran Jiwa (IKJ) ?

Selamat datang dan selamat bergabung dalam komunitas pembelajar di bagian Ilmu Kedokteran Jiwa. Keberhasilan belajar di bagian IKJ merupakan salah satu faktor penentu kompetensi anda sebagai dokter secara keseluruhan. Karenanya, pastikan, bahwa anda meraih sukses di bagian IKJ ini.

Sukses berarti anda mengikuti semua proses pembelajaran dengan lancar dan dapat menikmati proses tersebut. Sukses juga berarti anda meraih kompetensi yang diharapkan sebagai bagian integral dari kompetensi dokter Indonesia yang diformulasikan dalam 7 area kompetensi. Kompetensi spesifik akan dideskripsikan pada bagian Kegiatan. Sukses juga berarti anda membentuk diri sebagai dokter muslim yang mempunyai karakter sesuai dengan tujuan pendidikan di Universitas Muhammadiyah Makassar. Akhirnya, sukses juga berarti terselesaikannya proses pembelajaran dan evaluasinya sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Bagaimana cara meraih sukses dalam Pendidikan Klinik di Bagian IKJ dapat dinyatakan secara ringkas sebagai berikut:

1. Yakinkan diri anda, bahwa anda adalah seorang sarjana kedokteran dan pastikan bahwa anda akan bersikap dan berpenampilan sebagai seorang sarjana kedokteran.
2. Yakinkan bahwa pencapaian kompetensi profesional sangat memerlukan upaya serius dan berkelanjutan. Pembelajaran dalam tahap Pendidikan Klinik adalah bagian integral dari pendidikan dokter yang anda jalani
3. Yakinkan diri anda bahwa anda siap dan mampu mengatasi perubahan situasi belajar dibandingkan tahap Pendidikan Sarjana Kedokteran.
4. Yakinkan bahwa anda telah menguasai teori yang berhubungan dengan masalah klinik yang anda hadapi. Review ulang teori-teori tersebut dengan bertolak dari masalah klinik riil akan lebih mengesankan dibandingkan dengan belajar teori saja seperti yang

- pernah anda alami dalam tahap pendidikan sarjana
5. Yakinkan bahwa anda siap untuk menjadi pembelajar seumur hidup (long life learner). Perbaharui terus ilmu anda dengan mengikuti perkembangan teori dan dinamika penelitian di bidang kedokteran dengan mengakses artikel-artikel EBM yang relevan
 6. Yakinkanlah, bahwa sekalipun pada tahap pendidikan ini anda tidak dididik untuk menjadi seorang spesialis, tetapi pengetahuan dan ketrampilan klinik yang akan anda dapatkan akan menentukan kompetensi anda secara keseluruhan sebagai dokter, setidaknya anda akan dapat berperan serta secara tepat dalam pengelolaan masalah di bidang IKJ secara tepat dan proporsional. Karenanya, nikmatilah proses pembelajaran ini, supervisor akan membantu anda dalam pencapaian kompetensi profesional melalui berbagai metode supervisi.
 7. Jagalah motivasi anda. Siaplah untuk mengerjakan tugas atau prosedur yang sulit, mendiskusikan topik yang anda pilih setidaknya 20 menit, siap untuk mendapat penderita tambahan, siaplah untuk tinggal lebih lama di Rumah Sakit jika diperlukan, siaplah untuk mencari informasi ilmiah yang diperlukan untuk mengelola penderita atau yang diperlukan penderita. Semua itu menunjukkan keingintahuan dan antusiasme anda.
 8. Kelola waktu dengan baik. Di poliklinik dan bangsal, misalnya anda harus memeriksa penderita secara mandiri (bedside learning= follow up) sebelum supervisor memeriksa penderita sehingga anda dapat mencocokkan temuan anda dengan hasil kunjungan supervisor (visite). Waktu-waktu luang harus anda gunakan dengan sebaik-baiknya karena sebenarnya waktu yang tersedia lebih sedikit daripada hal yang harus anda kerjakan.
 9. Temukan cara yang efektif untuk mengelola data penderita anda. Membuat rekam medis khusus dokter muda adalah cara efektif untuk mempraktekkan langkah manajemen penderita. Catalan kecil atau resume berupa kartu indeks berdasarkan kasus mungkin akan sangat membantu.
 10. Biasakan sikap dan penampilan profesional, antara lain :
 - a. Pakaian yang relevan dengan profesi, tidak diperkenankan mengenakan jeans, pakaian ketat atau yang menimbulkan kesan tidak rapi, sepatu hak tinggi (lebih dan 1,5 inchi), sandal atau sepatu sandal. Selalu kenakan *sni jaz* dengan rapi.
 - b. Bersikap santun, berusaha untuk selalu tersenyum kepada penderita anda (apapun kondisi dan masalah yang anda hadapi), berusaha menghafal nama penderita dan menyapa mereka dengan nama mereka. Berikan empati kepada setiap penderita dan keluarganya.
 - c. Hargai supervisor, teman sejawat dan pegawai rumah sakit serta bekerja sama dengan mereka sebaik-baiknya. Perawat atau bahkan tenaga non medis mungkin akan menjadi guru anda yang baik sesuai dengan bidang mereka.

Sapalah Supervisor anda dengan sebutan "Dok" atau "Prof" sesuai dengan kedudukan mereka sebagai bentuk penghargaan akademik kepada mereka.

- d. Hargai hak-hak penderita, seperti kerahasiaan, hak otonomi mereka (misal untuk menerima atau menolak suatu terapi/tindakan). Jangan membicarakan masalah-masalah penderita di lorong rumah sakit atau kafe misalnya. Jangan mendiskusikan masalah penderita di depan orang lain tanpa seijin penderita.

2. Cara Menggunakan Study Guide

Study guide atau buku panduan belajar ini merupakan panduan bagi mahasiswa yang sedang menjalani pendidikan klinik di Rumah Sakit, untuk mempelajari kasus-kasus Gangguan Jiwa. Sebagai standar kompetensi dan ketrampilan digunakan Daftar kompetensi Dokter yang disusun oleh Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2004 dan merupakan kompetensi minimal yang harus dikuasai pada saat pendidikan klinik.

Panduan belajar ini menggunakan pendekatan terhadap gejala atau keluhan yang sering dirasakan oleh penderita dan terdapat pada Standar Kompetensi Dokter. Dengan pendekatan ini, mahasiswa diharapkan mampu berpikir sistematis dan menyeluruh dalam penatalaksanaan Gangguan Jiwa.

Mahasiswa yang memasuki pendidikan klinik, diharapkan :

- a. memahami kompetensi pengetahuan dan ketrampilan yang harus dikuasai selama pendidikan klinik tersebut.
- b. memahami prinsip penegakan diagnosis Gangguan Jiwa yang meliputi anamnesis pemeriksaan fisik (status internus dan status neurologis), pemeriksaan status mental dan berbagai pemeriksaan penunjang apabila diperlukan.
Agar dapat menegakkan diagnosis Gangguan Jiwa, mahasiswa harus memahami tentang simtomatologi Gangguan Jiwa.
- c. setelah mampu memeriksa simtom Gangguan Jiwa, mahasiswa diharapkan mampu menggunakan alur diagnosis berdasar keluhan/sebab dibawa ke pelayanan kesehatan, selanjutnya melakukan penatalaksanaan kasus sesuai pedoman yang ada.
- d. melakukan penatalaksanaan khususnya pemberian terapi sesuai dengan prinsip terapi di bidang Psikiatri.

Sebelum anda mulai kegiatan kepaniteraan klinik, sebaiknya anda mencoba untuk menjawab pertanyaan yang disediakan pada setiap bab. Secara demikian, anda akan lebih siap ketika menghadapi kasus.

Algoritme kasus ditampilkan untuk membantu langkah diagnostik anda. Anda dapat membandingkan dengan algoritme lain yang dapat anda temukan pada berbagai guideline (clinical practice guideline). Langkah selanjutnya, perhatikan kompetensi ketrampilan klinik yang harus anda capai.

Akhirnya untuk pengelolaan kasus, anda harus memperhatikan perkembangan (EBM) dan tidak berhenti pada alur penatalaksanaan yang ada dalam buku ini maupun buku standar pelayanan medik.

Secara demikian, setiap bab pada bab III dan selanjutnya akan terdiri dan:

- 1) Tujuan pembelajaran
- 2) Pertanyaan dan Persiapan dokter muda
- 3) Algoritme kasus
- 4) Daftar ketrampilan klinis
- 5) Deskripsi keterampilan klinis

Selamat menikmati proses pembelajaran ini. Setiap kesulitan yang anda hadapi dapat dirujuk kepada supervisor maupun referensi mutakhir. Semoga sukses.

BAB II

DAFTAR KOMPETENSI KLINIK DAN KETRAMPILAN KLINIK

Untuk membantu pencapaian kompetensi dalam setiap proses pendidikan kepaniteraan klinik setiap bagian maka disusun *list of clinical pictures/diseases* untuk tingkat pencapaian kompetensi *knowledge* atau pengetahuan tentang penyakit dan *list of clinical skills* untuk tingkat pencapaian ketrampilan klinis.

List of clinical picture/disease setiap bagian disusun berdasarkan penyakit atau problem kesehatan terbanyak di Indonesia, sedangkan *list of clinical skills* merupakan ketrampilan klinis yang harus dikuasai disesuaikan dengan jenis dan kompetensi tindakan bagi seorang dokter umum.

Tingkat pencapaian yang diharapkan *level of expected ability* dari penyakit (*list of clinical pictures/disease*).

1. Dapat mengenal gambaran klinis suatu penyakit, dikaitkan dengan pengetahuan dari *literature* dan mengetahui bagaimana mencari informasi lebih lanjut tentang penyakit tersebut. Level ini menunjukkan *overview* saja
2. Dapat membuat diagnosa klinik penyakit sendiri berdasarkan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sederhana seperti laboratorium sederhana dan roentgen, serta dapat menentukan kapan penderita perlu dirujuk segera kepada spesialis yang sesuai.
3. Dapat membuat diagnosa klinik penyakit sendiri berdasarkan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sederhana seperti laboratorium sederhana dan rontgen, serta dapat menentukan dan memberikan terapi awal atau initial treatment sebelum penderita dirujuk kepada spesialis yang sesuai pada kasus-kasus *non-emergency*
4. Dapat membuat diagnosa klinik penyakit sendiri berdasarkan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sederhana seperti laboratorium sederhana dan rontgen, serta dapat menentukan dan memberikan terapi awal atau initial treatment sebelum penderita dirujuk kepada spesialis yang sesuai pada kasus-kasus *emergency*
5. Dapat membuat diagnosa klinik penyakit sendiri berdasarkan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sederhana seperti laboratorium sederhana dan rontgen, serta mampu mengelola sendiri suatu penyakit.

**Daftar Kompetensi Penyakit
Ilmu Kedokteran Jiwa**

Penyakit	Tingkat Kompetensi				
Development and behavioral disorders					
Mental deficiency	1	2	3A	3B	4
Autistic disorder	1	2	3A	3B	4
Disorder of intellectual skills	1	2	3A	3B	4
Disorder of motor development	1	2	3A	3B	4
Disorder of coordination	1	2	3A	3B	4
Behavior and attention disorders	1	2	3A	3B	4
Eating disorders					
Anorexia nervosa	1	2	3A	3B	4
Bulimia	1	2	3A	3B	4
Pica	1	2	3A	3B	4
Rumination in infancy	1	2	3A	3B	4
Gender identity disorder	1	2	3A	3B	4
Tics					
Gilles de la tourette syndrome	1	2	3A	3B	4
Chronic motor of vocal tic	1	2	3A	3B	4
Transient tic disorders	1	2	3A	3B	4
Disorders of excretion					
Functional encopresis	1	2	3A	3B	4
Functional enuresis	1	2	3A	3B	4
Speech disorders					
Uncoordinated speech Stammer	1	2	3A	3B	4
	1	2	3A	3B	4
Psych-organic syndromes and disorders due to drugs					
Intoxication	1	2	3A	3B	4
Withdrawal syndrome	1	2	3A	3B	4
Delirium	1	2	3A	3B	4
Dementia	1	2	3A	3B	4
Amnesic syndrome	1	2	3A	3B	4
Other organic disorders	1	2	3A	3B	4
Misuse of psychoactive drugs	1	2	3A	3B	4
Psychosis					
Schizophrenia	1	2	3A	3B	4
Other psychoses including reactive psychosis and puerperal psychosis	1	2	3A	3B	4

Penyakit	Tingkat Kompetensi				
<i>Affective disorders</i>					
<i>Bipolar disorders</i>					
Bipolar disorder, manic episode	1	2	3A	3B	4
Bipolar disorder, depressive	1	2	3A	3B	4
Cyclothymic disorder	1	2	3A	3B	4
<i>Unipolar disorders</i>					
Endogenous depression, single episode and recurrent	1	2	3A	3B	4
Dysthymic disorder (or neurotic	1	2	3A	3B	4
Depressive disorders not otherwise classified	1	2	3A	3B	4
<i>Anxiety disorders</i>					
Panic disorder with agoraphobia	1	2	3A	3B	4
Panic disorder without	1	2	3A	3B	4
Agoraphobia without history of panic disorder	1	2	3A	3B	4
Social phobia	1	2	3A	3B	4
Simple phobia	1	2	3A	3B	4
Obsessive compulsive disorder	1	2	3A	3B	4
Post traumatic stress disorders	1	2	3A	3B	4
Diffuse anxiety disorder	1	2	3A	3B	4
Anxiety disorder not otherwise	1	2	3A	3B	4
<i>Somatic disorder</i>					
Disorder of body sensation	1	2	3A	3B	4
Conversion disorder (hysterical	1	2	3A	3B	4
Hypochondriasis (hypochondriacal	1	2	3A	3B	4
Somatoform pain disorder	1	2	3A	3B	4
Undifferentiated somatoform	1	2	3A	3B	4
Somatoform disorder not otherwise classified	1	2	3A	3B	4
<i>Dissociative disorders (or hysterical neurosis, dissociative</i>					
Multiple personality	1	2	3A	3B	4
Fugu states	1	2	3A	3B	4
Psychogenic amnesia	1	2	3A	3B	4
Depersonalization disorder or depersonalization neurosis	1	2	3A	3B	4
Dissociative disorder, noc	1	2	3A	3B	4
<i>Sexual disorders</i>					
Paraphilia	1	2	3A	3B	4

Penyakit	Tingkat Kompetensi				
Sexual dysfunctions					
Disorder of sexual desire	1	2	3A	3B	4
Disorder of sexual excitement	1	2	3A	3B	4
Disorder of orgasm	1	2	3A	3B	4
Sexual pain disorders	1	2	3A	3B	4
Sexual dysfunction, noc	1	2	3A	3B	4
Other sexual disorders					
Sexual disorders, noc	1	2	3A	3B	4
Sleeping disorders					
Dyssomnia					
Insomnia	1	2	3A	3B	4
Hipersomnia	1	2	3A	3B	4
Sleep-wake cycle disturbance	1	2	3A	3B	4
Parasomnia					
Nightmares	1	2	3A	3B	4
Night terrors	1	2	3A	3B	4
Sleep walking	1	2	3A	3B	4
Disorders of impulse control	1	2	3A	3B	4
Adjustment disorder	1	2	3A	3B	4
Psychological factors affecting physical condition	1	2	3A	3B	4
Personality disorders					
Paranoid personality	1	2	3A	3B	4
Schizoid personality	1	2	3A	3B	4
Schizothypal personality	1	2	3A	3B	4
Antisocial personality	1	2	3A	3B	4
Borderline personality	1	2	3A	3B	4
Histrionic personality	1	2	3A	3B	4
Narcissistic personality	1	2	3A	3B	4
Avoidance personality	1	2	3A	3B	4
Dependent personality	1	2	3A	3B	4
Obsessive-compulsive	1	2	3A	3B	4
Passive-aggressive personality	1	2	3A	3B	4
Personality disorders, noc	1	2	3A	3B	4
Side effects of psychoactive drug therapy					
Extrapyramidal side effects (eg. Acute dystonia, tardive)	1	2	3A	3B	4
Anticholinergic side effects	1	2	3A	3B	4
Sedative side effects	1	2	3A	3B	4
Malignant neuroleptic	1	2	3A	3B	4
Other items of knowledge					
Knowledge of forensic	1	2	3A	3B	4

Penyakit	Tingkat Kompetensi				
Knowledge of indication for involuntary admission to	1	2	3A	3B	4
Knowledge of basic principles of method used by different psychotherapeutic schools (eg.	1	2	3A	3B	4
<i>Neuropsychiatric and psychosomatic disorders</i>					
Pseudoconstipation	1	2	3A	3B	4
Encopresis	1	2	3A	3B	4
Anorexia nervosa	1	2	3A	3B	4
Bulimia	1	2	3A	3B	4
Tics, neurophatic behavior	1	2	3A	3B	4
Hyperkinetic syndrome	1	2	3A	3B	4
Primary infantile autism	1	2	3A	3B	4
Disorders of mother-child	1	2	3A	3B	4
Disorders due to social	1	2	3A	3B	4
Neurotic disorder of childhood	1	2	3A	3B	4
Breath holding due to	1	2	3A	3B	4

Daftar Kompetensi Ketrampilan Klinis merupakan ketrampilan klinis yang harus dikuasai disesuaikan dengan jenis keterampilan dan kompetensi ketrampilan bagi seorang dokter umum. Adapun tingkat pencapaian kompetensi ketrampilan klinis (list of clinical skills)

1. Teori

Mahasiswa menguasai dasar teori/pengetahuan yang meliputi prinsip, indikasi, kontra indikasi, resiko dan komplikasi tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis.

2. Melihat atau Mendemonstrasikan

Mahasiswa menguasai dasar teori/pengetahuan tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis dan pernah melihat serta mampu mendemonstrasikan.

3. Melakukan atau Menerapkan

Mahasiswa menguasai dasar teori/pengetahuan tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis dan dapat melakukan tindakan tersebut beberapa kali dengan bimbingan atau supervisi.

4. Rutin

Mahasiswa menguasai dasar teori/pengetahuan tentang suatu tindakan atau ketrampilan klinis dan berpengalaman (rutin) dalam melakukan tindakan tersebut

Daftar Kompetensi Ketrampilan
Klinis Ilmu Kedokteran Jiwa

No.	Ketrampilan Klinis	Tir Kom		Tingkat potensi	
	History taking				
1	Psychiatric history taking, from the patient, general	1	2	3	4
2	Psychiatric history taking, from the patient, biographical details	1	2	3	4
3	Psychiatric history taking, social history	1	2	3	4
4	Psychiatric history taking, from a third person	1	2	3	4
	Psychiatric examination				
1	Assessment of consciousness	1	2	3	4
2	Assessment of perception	1	2	3	4
3	Assessment of orientation	1	2	3	4
4	Assessment of intelligence	1	2	3	4
5	Assessment of memory	1	2	3	4
6	Assessment of thought (form and contents)	1	2	3	4
7	Assessment of affect	1	2	3	4
8	Assessment of mood	1	2	3	4
9	Assessment of actions	1	2	3	4
10	Assessment of desire	1	2	3	4
11	Impressions, general, systematic description	1	2	3	4
12	Being aware of personal reactions evoked by seeing a patient	1	2	3	4
13	Assessment of suicidal risk	1	2	3	4
	Identifying problems				
1	Identifying problem with the patient alone	1	2	3	4
2	Identifying problem with the couple (i.e. with partners)	1	2	3	4
3	Identifying problem with the family	1	2	3	4
4	Identifying problem in a crisis situation	1	2	3	4
5	Identifying problem after suicide attempt	1	2	3	4
6	Identifying problem with a group	1	2	3	4
7	Presenting psychiatric problem to colleagues	1	2	3	4
	Additional examination				
1	Administering Mini Mental State Exam	1	2	3	4
2	Home visit	1	2	3	4
3	Psychological examination	1	2	3	4
4	Recognition and interpretation of the repeating patterns in interaction	1	2	3	4
5	To diagnose most likely according to DSM III R main criteria	1	2	3	4
6	Indication for psychiatric hospitalization	1	2	3	4

No	Ketrampilan Klinis	Tingkat Kompetensi			
	Therapy				
1	Consulting team, participation in consultation	1	2	3	4
2	Occupational therapy	1	2	3	4
3	Play therapy	1	2	3	4
4	Creative therapy	1	2	3	4
5	Psychomotor therapy	1	2	3	4
6	Electroconvulsion therapy (ECT)	1	2	3	4
7	Conselling therapy	1	2	3	4
8	Behaviour therapy	1	2	3	4
9	Psychotherapy	1	2	3	4
10	Hypnotherapy	1	2	3	4

BAB III

PRINSIP PENEKAKAN DIAGNOSIS GANGGUAN JIWA

Secara garis besar, untuk mempermudah kita belajar, Gangguan Jiwa sering digolongkan menjadi:

1. Gangguan Jiwa Berat (Psikotik)

Gangguan jiwa yang ditandai adanya hendaya (ketidakmampuan) berat dalam menilai realitas/kenyataan atau dalam membedakan antara fantasi dan realitas (mempunyai bentuk pikir yang non reality. Gejala yang muncul adalah adanya gangguan isi pikir berupa waham, gangguan persepsi berupa halusinasi atau ilusi, ketidakmampuan berat dalam rawat dirinya, deteriorasi/penurunan dalam fungsi sosial atau fungsi peran sehari-hari. Pada penderita gangguan jiwa psikotik juga didapatkan *insight*/tilikan diri yang jelek, penderita tidak merasa bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa.

Misalnya: Skizofrenia, Gangguan Waham Menetap, Gangguan Psikotik Akut, Gangguan Skizoafektif, Gangguan Afektif Berat (Depresi atau Manik) dengan Gejala Psikotik.

2. Gangguan Jiwa non Psikotik

Gangguan jiwa yang tidak terdapat hendaya (ketidakmampuan) dalam menilai kenyataan/realitas atau dalam membedakan antara fantasi dan realitas (bentuk pikirnya realistik, tidak ada waham ataupun halusinasi). Pada gangguan jiwa non psikotik, penderita masih memiliki /ns/gftftilikan diri yang baik.

Misalnya: Depresi dan Anxietas

3. Gangguan Jiwa Lain

- a. Gangguan Mental Organik : Berbagai gangguan yang disebabkan adanya penyakit, cedera atau rudapaksa otak yang mengakibatkan disfungsi otak.
- b. Penyalahgunaan Zat: Gangguan jiwa karena penyalahgunaan zat psikoaktif.
- c. Gangguan Kepribadian dan Perilaku Masa Dewasa: Keadaan dan pola perilaku yang cenderung menetap dan merupakan ekspresi gaya hidup yang khas dari individu serta cara berhubungan dengan diri sendiri dan orang lain.

Sedangkan penggolongan secara rinci untuk gangguan jiwa, terdapat dalam **PPDGJ (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa) III**.

ANAMNESIS DALAM PSIKIATRI

Salah satu alat yang paling penting yang dimiliki oleh dokter adalah kemampuan untuk melakukan wawancara secara efektif. Wawancara yang dilakukan dengan terampil mampu untuk menggali data yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis dan dalam proses terapi pada penderita khususnya penderita dengan gangguan jiwa.

Pada gangguan jiwa ringan, anamnesis dapat dilakukan langsung pada penderita, walaupun kadang-kadang informasi dari pihak lain (alloanamnesis) juga berguna untuk mendapatkan kelengkapan riwayat penyakit penderita. Pada gangguan jiwa berat, anamnesis untuk mendapatkan data-data tentang penderita dan riwayat penyakitnya mungkin harus kita gali dari orang lain (alloanamnesis) misalnya dari keluarga, teman atau tetangga penderita.

Data yang harus kita gali dari anamnesis ataupun alloanamnesis adalah:

Identitas Penderita

Identitas yang perlu kita dapatkan adalah: nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan. Jika didapatkan dari alloanamnesis maka perlu juga untuk diketahui apakah sumber alloanamnesis dapat dipercaya artinya benar-benar memahami tentang penderita, apakah penderita datang sendiri, rujukan dari dokter lain atau datang dengan dibawa oleh orang lain (keluarga, polisi, petugas panti, dll).

Keluhan utama

Pada gangguan jiwa ringan, penderita menyadari bahwa dirinya baik (*insight*/tilikan dirinya baik) sehingga biasanya ia akan datang sendiri ke dokter dan menceritakan keluhan utamanya. Berbeda dengan penderita gangguan jiwa berat yang memiliki *insight* / tilikan dirinya jelek. Ia tidak merasa dirinya sakit, sehingga biasanya keluarganya / pihak lain yang membawanya ke dokter, sehingga biasanya tidak dikatakan sebagai keluhan utama tetapi dikatakan sebagai sebab dibawa ke Rumah Sakit.

Pada gangguan jiwa berat, biasanya penderita akan dibawa ke rumah sakit jika sudah melakukan tindakan-tindakan yang tidak bisa ditoleransi lagi oleh lingkungannya. Misalnya mengamuk tanpa sebab, menyerang orang lain, merusak barang-barang atau melakukan hal-hal yang membahayakan/menyakiti dirinya termasuk upaya bunuh diri. Ketika penderita gangguan jiwa berat baru mulai menunjukkan perubahan perilaku awal (gejala prodromal) seperti mengurung diri, banyak melamun, tidak mau bersosialisasi, malas untuk beraktivitas, dll, keluarga kadang belum merasa perlu membawa ke rumah sakit. Tapi jika penderita sudah

mengalami agitasi, agresif, melakukan upaya bunuh diri, dll, barulah keluarga membawanya ke rumah sakit. Hal ini yang seringkali jadi penyebab terlambatnya tindakan medis pada penderita gangguan jiwa berat.

Contoh keluhan utama:

" Saya sering merasa cemas, berdebar-debar, keluar keringat dingin, sulit tidur sehingga mengganggu aktivitas saya sehari-hari."

" Ia mengamuk tanpa sebab, memecah barang-barang yang ada di rumah dan mengancam akan membunuh saudaranya."

" Ia hanya diam saja, jarang bicara, tidak mau makan dan tampak sangat sedih, kadang menangis dan sering merasa sangat berdosa."

4. Riwayat perjalanan penyakit

Dalam riwayat perjalanan penyakit, harus digali onset penyakitnya. Apakah termasuk akut (kurang dan 1 bulan), subakut (antara 1-6 bulan) atau kronis (lebih dari 6 bulan). Mulai munculnya penyakit pada gangguan jiwa berat kadang-kadang tidak langsung ditunjukkan dengan adanya gejala yang menonjol (Full blown psikotik) tapi sering didahului oleh gejala-gejala prodomal. Misalnya mengurung diri, aktivitas mulai berkurang, penurunan interaksi sosial, dll. Sehingga kita harus menanyakan tentang adanya gejala-gejala prodomal pada penderita dan sejak kapan gejala itu mulai ada, Perjalanan penyakit dimulai sejak adanya gejala prodomal.

Gejala-gejala yang ada harus kita gali selengkap mungkin. Misalnya keluarga menceritakan bahwa penderita tampak aneh, kita harus menanyakan apa yang dimaksud dengan aneh tersebut. Misalnya:

" Penderita merasa sangat ketakutan tanpa sebab, karena sering merasa dikejar-kejar orang lain yang akan membunuhnya, penderita sangat curiga pada orang-orang di sekitarnya sehingga ia tidak mau berkomunikasi dan tidak mau makan. Ia curiga apabila makanan /minuman yang diberikan padanya mengandung racun untuk membunuh dirinya."

Pada penderita dengan cemas, maka harus kita tanyakan: bagaimana frekuensinya, apakah ada gejala-gejala fisik yang menyertai kecemasannya (keringat dingin, berdebar-debar, sulit tidur, dll, apakah berhubungan dengan situasi tertentu, dll.

Adanya factor-faktor presipitasi juga harus kita gali dari penderita dan keluarganya. Sehingga kita bisa memahami tentang permasalahan yang dihadapi oleh penderita. Dengan demikian akan berguna bagi kita dalam penatalaksanaan penderita.

Riwayat pengobatan yang telah dilakukan juga harus kita gali. Jenis pengobatan, keteraturan / kepatuhan dan respon penderita terhadap

terapi tersebut. Alasan mengapa baru sekarang dibawa ke rumah sakit.

Jika sakitnya bukan sakit yang pertama, maka harus dipastikan apakah sakit yang sekarang ini merupakan kelanjutan sakit yang sebelumnya ataukah sudah dipisahkan oleh adanya kesembuhan, sehingga sakit yang sekarang merupakan episode penyakit baru. Kesembuhan secara klinis ditunjukkan jika penderita dapat kembali ke fungsi normalnya sebelum dia sakit. Jika ia adalah seorang mahasiswa dengan prestasi yang baik, maka setelah sakit ia akan kembali menj'adi mahasiswa yang berprestasi baik pula. Jika ia karyawan, maka ia kembali berfungsi seperti sedia kala.

5. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu terdiri dari riwayat gangguan jiwa sebelumnya atau riwayat penyakit medis umum yang pernah diderita sebelumnya. Kita gali informasinya selengkap mungkin.

Jika ada gangguan jiwa sebelumnya, apa gejalanya, riwayat pengobatannya, jika dirawat di RS, tanyakan di RS mana, berapa lama, efek dari pengobatan, akibat dari sakitnya, apakah bisa kembali ke fungsi normalnya atau tidak setelah sakit.

Pada penyakit medis umum perlu digali apakah ada riwayat beberapa penyakit berat atau riwayat pembedahan atau trauma berat yang sampai membutuhkan perawatan di rumah sakit. Perlu juga ditanyakan tentang adanya kejang, penurunan kesadaran, perubahan pola nyeri kepala, perubahan pada penglihatan, adanya kebingungan dan disorientasi, adanya demam. Beberapa gangguan psikiatrik berkaitan erat dengan beberapa kondisi medis di atas.

Kita juga harus menanyakan tentang riwayat penggunaan alkohol dan obat-obatan serta zat lainnya termasuk kuantitas dan frekuensi penggunaannya.

6. Riwayat Keluarga

Dari riwayat keluarga harus kita gali tentang riwayat penyakit yang ada dalam keluarga terutama tentang adanya riwayat gangguan jiwa pada keluarganya.

Keluarga sangat penting di dalam penatalaksanaan penderita gangguan jiwa, perlu kita cari data tentang :

- Apakah anggota keluarga memberikan dukungan social bagi penderita atau tidak.
- Bagaimana hubungan antara penderita dengan orang tua, saudara dan anggota keluarga yang lainnya. Beberapa penderita mempunyai problem dengan keluarganya, maka harus kita pertimbangkan dalam penatalaksanaan penderita.
- Dengan siapa penderita punya hubungan jiwa yang paling dekat

dalam keluarganya

- Bagaimana pola asuh yang didapatkan penderita sejak kecil
- Bagaimana pola hubungan antar masing-masing anggota keluarga yang ada
- Bagaimana tingkat social ekonomi keluarga

7. Riwayat Pribadi

Riwayat kehidupan pribadi penderita bisa kita pakai untuk memahami perjalanan hidup penderita sejak dalam kandungan hingga sekarang. Banyak informasi penting yang harus kita dapatkan dalam riwayat kehidupan pribadi penderita. Data-data ini akan dapat menggambarkan beberapa faktor penting yang berhubungan dengan kondisi emosi penderita serta beberapa faktor predisposisi yang ada.

Terjadinya gangguan jiwa tidak semata-mata disebabkan oleh adanya faktor presipitasi saja, tetapi sangat kompleks (multifaktorial). Faktor-faktor predisposisi yang ada akan menguatkan kita pada penegakan diagnosis maupun penatalaksanaannya.

7.1 Riwayat Prenatal dan Perinatal

Riwayat tentang kehamilan akan memberikan data apakah penderita merupakan anak yang diharapkan oleh orang tuanya atau tidak. Hal ini akan berpengaruh terhadap bagaimana sikap orang tua selanjutnya dalam pengasuhan anak. Perlu kita gali tentang adanya masalah pada saat proses persalinan, bagaimana kondisi kesehatan fisik dan mental ibu saat mengandung, apakah ibunya menggunakan alcohol atau substansi yang lain selama kehamilan.

7.2 Usia 0-3 tahun (masa kanak awal)

Dalam masa ini hal penting yang harus kita perhatikan adalah bagaimana kualitas hubungan antara ibu dan anak yang berkaitan dengan masa penyusuan dan toilet training. Apakah anak hanya diasuh oleh orang tuanya atau diasuh oleh orang lain, apakah orang tuanya mempunyai masalah sehingga mempengaruhi pola hubungan antara orang tua dengan anaknya, dll. Hal penting dalam masa ini adalah :

- Kebiasaan makan: apakah anak mendapat ASI atau susu botol, apakah ada problem kesulitan makan pada anak.
- *Toilet training*: berapa umur anak mulai dilakukan toilet training (terlalu dini atau terlambat akan menimbulkan masalah bagi anak), bagaimana orang tua bersikap dalam toilet training (terlalu keras akan menimbulkan masalah pada anak), bagaimana sikap anak dalam toilet trainingnya (ada anak yang berhasil namun juga ada yang bermasalah dalam toilet trainingnya sehingga sering terjadi konstipasi, ' BAB di celana, dll).

- Adanya gejala-gejala yang berhubungan dengan masalah perilaku : menghisap jempol, mudah marah, tik, mimpi-mimpi buruk, menggigit kuku, ketakutan.
- Kepribadian anak: rewel, mudah bergaul, bersahabat, aktivitas berlebihan dan pola-pola permainan yang disukai.

7.3 Usia 3-11 tahun (Masa kanak pertengahan)

Pada masa ini informasi yang kita butuhkan diantaranya adalah tentang identifikasi gender, bagaimana perilaku orang tua dalam mengajarkan aturan-aturan dalam keluarga dan hukuman jika melanggarnya.

Masa awal anak mulai masuk sekolah juga kita perlukan, bagaimana anak beradaptasi dan bagaimana ketika anak harus berpisah dari orang tua atau pengasuhnya. Apakah ia dapat bergaul dengan orang-orang baru di sekitarnya, apakah termasuk anak yang bersahabat atau pemalu, apakah anak bisa mengikuti aturan-aturan yang ada, riwayat tentang kemampuan membaca, perkembangan intelektual dan psikomotor yang lain.

7.4 Masa kanak akhir (Pubertas - remaja)

Pada masa ini merupakan masa pembentukan identitas diri seseorang. Seseorang sudah mulai meninggalkan ketergantungannya kepada orang tuanya dan mulai membangun hubungan dengan teman sebaya dalam aktivitasnya.

- Kita perlu menggali riwayat sekolahnya, hubungannya dengan guru dan teman-teman, kegiatan-kegiatan lain selain aktivitas sekolah, hobinya dan masalah-masalah yang dihadapinya pada masa ini.
- Masalah identitas dirinya
- Masalah penggunaan alcohol dan zat lainnya
- Perkembangan dan aktivitas seksualnya
- Interaksi dengan teman-temannya, apakah ia diterima atau dikucilkan lingkungannya
- Hubungan dengan orang tua
- Masalah-masalah yang dihadapinya
- Permasalahan berhubungan dengan kenakalan remaja
- Perasaannya berkaitan dengan perkembangan seksualnya

7.5 Dewasa

a. Riwayat pekerjaan

Digambarkan tentang pekerjaan yang dimiliki penderita, kualitas pekerjaan dan keluasan penderita dengan pekerjaannya. Sejak kapan dan

berapa lama penderita bekerja, apakah dengan pekerjaan yang tetap atau berganti-ganti/berpindah-pindah pekerjaan dan apa alasannya. Apakah ada masalah yang berkaitan dengan pekerjaan itu sendiri, faktor kepribadiannya atau interaksi dengan pimpinan dan teman-teman kerjanya atau justru sudah merupakan manifestasi dari gangguannya.

b. Riwayat Pernikahan

Dari riwayat pernikahan penderita, kita cari informasi tentang berapa lama penderita menikah dan masalah-masalah yang berkaitan dengan pernikahan. Jika terjadi perceraian, maka kita harus gali apakah sebab dari perceraian itu. Perceraian bisa sebagai faktor presipitasi jika penderita mengalami gangguan jiwa setelah proses itu. Namun kita juga harus berfikir, jangan-jangan adanya gangguan jiwa pada din penderitalah yang menj'adi penyebab pasangannya meminta cerai. Ataukah disebabkan adanya masalah-masalah seksual dalam pernikahan.

c. Riwayat Militer

Riwayat tentang keterlibatan penderita dalam kegiatan militer jika ada. Atau pengalaman penderita teriibat atau menyaksikan langsung kejadian peperangan.

d. Riwayat Pendidikan

Riwayat tentang proses pendidikan penderita, motivasi, kualitas dan masalah-masalah yang timbul berkaitan dengan sekolahnya. Umur berapa penderita berhenti dari sekolahnya, apa sebabnya apakah karena ketidakmampuan intelektualnya atau masalah social ekonominya. Bagaimana prestasi sekolahnya selama ini, apakah relative konstan ataukah mengalami penurunan dan apa sebabnya. Apakah pemilihan disiplin ilmu adalah sesuai keinginannya atau paksaan dari pihak lain. Apakah penderita pernah mengalami kegagalan dalam proses pendidikannya (tidak naik kelas, DO, nilai menurun drastis, dll).

e. Aktivitas Keagamaan

Perlu kita cari informasi tentang aktivitas keagamaan dalam keluarga, latar belakang keagamaan kedua orang tuanya, apakah orang tuanya termasuk keras atau permisif terhadap aktivitas keagamaan anaknya, apakah ada konflik antara keagamaan anak dengan orang tuanya. Bagaimana ketaatan penderita dalam agamanya. Kepahaman kita terhadap data-data ini sangat bermanfaat terutama dalam penatalaksanaan penderita.

f. Aktivitas Sosial

Bagaimana penderita selama ini berhubungan dengan lingkungan sosialnya, bagaimana sikap penderita dengan teman sesame jenis dan

lawan jenisnya, apakah penderita termasuk orang-orang yang lebih suka mengisolasi diri atau penderita termasuk antisocial, kalau penderita lebih memilih mengisolasi diri harus kita cari informasi mengapa ia berlaku demikian apakah karena rendah dirinya, kecemasannya atau ketakutannya terhadap orang lain.

g. Situasi Kehidupan Sekarang

Kehidupan penderita saat sekarang, apakah tinggal bersama orang tuanya atau bersama orang lain, apakah hidup di panti rehabilitasi atau asrama atau rumah keluarga sendiri. Apakah di tempat tinggalnya, ia dapat mempunyai privasi, bagaimana hubungan penderita dengan orang-orang yang ada di tempat tinggalnya dan bagaimana kondisi tempat tinggalnya termasuk social ekonomi keluarga penderita. Hal ini diingat berkaitan dengan family support terhadap penderita.

h. Riwayat hukum

Apakah penderita pernah berurusan dengan masalah hukum, apa sebabnya?

8. Riwayat Perkembangan Seksual

Perlu kita tanyakan dari mana penderita mendapatkan informasi tentang masalah seksual (menarche/spermache) dan bagaimana sikap penderita terhadap perkembangan seksualnya. Masalah-masalah yang muncul berhubungan dengan perkembangan seksualnya termasuk kekerasan seksual yang mungkin pernah terjadi pada penderita mulai dari masa kecilnya dan mungkin sampai saat sekarang serta adanya hubungan seks pranikah.

9. Fantasi, impian dan nilai-nilai

Kita tanyakan tentang fantasi, impian dan nilai-nilai yang dianut penderita, data-data ini bermanfaat membantu kita untuk memahami penderita dan memudahkan dalam penegakan diagnosis serta penatalaksanaannya.

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

Pemeriksaan status mental pada penderita gangguan jiwa adalah bagian penting yang harus dilakukan untuk menegakkan diagnosis gangguan jiwa. Pemeriksaan status mental kita lakukan dengan mengamati/memperhatikan penderita dan melakukan wawancara. Biasanya mulai kita lihat sejak penderita berhadapan dengan kita. Berbeda dengan riwayat perjalanan penyakit yang relatif tetap, status mental penderita gangguan jiwa bisa berubah dari waktu ke waktu. Pemeriksaan status mental meliputi penampilan, pembicaraan, perilaku dan pemikiran penderita selama wawancara berlangsung.

Hal-hal yang termasuk dalam pemeriksaan status mental adalah :

1. Kesan umum tentang penderita meliputi sikap dan penampilan
2. Pembicaraan
3. Perilaku dan aktivitas psikomotor
4. Mood dan afek
5. bentuk pikir
6. Isi pikir
7. Progresi pikir
8. Persepsi
9. Fungsi sensori dan intelektual meliputi: orientasi, memori, konsentrasi, perhatian, pemikiran abstrak
10. Daya nilai
11. Insight (tilikan diri)

1. KESAN UMUM

Kita harus memperhatikan penderita secara menyeluruh dan cermat, termasuk di dalamnya adalah postur tubuh, pakaian, rambut, kuku, sikap dan penampilan penderita. Kita juga harus mendiskripsikan apakah penderita tampak sakit, tampak lebih muda/tua dari usianya, apakah penderita kooperatif, apakah bersahabat, dll.

Dalam kesan umum juga termasuk tingkah laku bizare (aneh) yang dilakukan penderita. Dengan kesan umum yang kita dapatkan, secara sekilas kadang sudah dapat petunjuk ke arah diferensial diagnosis yang nanti akan diteruskan dengan hasil pemeriksaan lain.

Contoh :

a. Penderita Skizofrenia

Kesan umum: Seorang laki-laki sesuai umur, tampak sakit jiwa, rawat diri jelek, tidak kooperatif, bicara dan senyum-senyum sendiri, bertingkah laku aneh

b. Penderita Gangguan afektif tipe manik

Kesan umum: Seorang perempuan, sesuai umur, make up berlebihan, memakai perhiasan berlebihan, tidak kooperatif, tampak senang sambil bernyanyi-nyanyi

c. Penderita Gangguan afektif Depresi

Kesan umum: Seorang perempuan sesuai umur, tampak menyendiri di sudut kamar, tidak kooperatif, banyak diam, saat wawancara pandangan selalu ke bawah dan menghindari tatapan mata pemeriksa.

2. PEMBICARAAN

Pembicaraan pada penderita gangguan jiwa, menjadi salah satu petunjuk ke arah diagnosis gangguan jiwa. Dalam hal ini termasuk masalah kualitas dan kuantitasnya.

- Kuantitas: logorhoe, remming, blocking, mutisme (tidak mau bicara sama sekali)
- Kecepatan produksinya: spontan atau tidak
- Kuantitas: inkohereni (pembicaraan kacau, jika apa yang dikatakan penderita tidak bisa kita pahami), irrelevansi (pembicaraan tidak nyambung, jawaban penderita tidak sesuai dengan pertanyaan pemeriksa/orang lain), *flight of ideas*, dll

3. PERILAKU DAN AKTIVITAS PSIKOMOTOR

Termasuk kualitas dan kuantitas psikomotor penderita. Termasuk di dalamnya stereotipi sikap, hiperaktif, ekopraksi, agitasi, stupor, hipoaktif, katalepsi, rigiditas dan manifestasi yang lainnya.

Contoh :

Penderita dapat mempertahankan sikap seperti patung berjam-jam tanpa lelah dan tanpa berubah posisi → stupor katatonik Penderita melompat-lompat, berlari-lari, gerak berlebihan → hiperaktif

4. MOOD DAN AFEK

Mood didefinisikan sebagai suatu emosi yang meresap dan dipertahankan yang dialami secara subyektif dan dilaporkan oleh penderita dan terlihat oleh orang lain. Contoh: disforik, eutimik, iritabel, euphori, dll

Afek didefinisikan sebagai ekspresi emosi yang terlihat, ada kemungkinan, kadang tidak konsisten dengan emosi yang dikatakan penderita. Contoh: apropriate, inapropriate, menyempit, tumpul, datar.

- Penderita menceritakan kesedihan tapi malah tertawa atau sebaliknya → afek inapropriate

- Pasien tidak berekspresi walau orang sekitarnya menceritakan hal-hal yang menggembirakan maupun menyedihkan, ia tetap diam saja tanpa ekspresi sama sekali → afek datar

5. BERPIKIR

Proses pikir dibagi menjadi proses/bentuk pikir dan isi pikir. Contoh bentuk pikir adalah: non realistik, realistik/normal, autistik. Sedangkan yang termasuk isi pikir adalah adanya waham atau ide. Yang dimaksud waham adalah kepercayaan palsu yang tidak sesuai kenyataan (tidak realistik), yang sangat diyakini, tidak konsisten dengan kecerdasan dan latar belakang budaya, tidak dapat dikoreksi dan dipertahankan. (waham curiga, waham bizare/aneh (siar pikir, sedot pikir, kendali pikir, sisip pikir), waham somatik, waham kebesaran, waham cemburu, waham bersalah, dll.)

Contoh :

- Penderita sangat ketakutan, selalu di dalam kamarnya, dikunci rapat-rapat, tidak berani keluar rumah karena merasa orang-orang di sekitarnya mengejar-ngejar dan akan membunuhnya (waham kejar).
- Penderita merasa mendapat wahyu dari Tuhan, bahwa ia lah yang dapat menyelamatkan seluruh manusia di bumi ini dari kehancuran (waham kebesaran)
- Penderita sering marah ketika menonton televisi atau mendengarkan radio karena merasa bahwa penyisirnya selalu menyindir dan memberitakan tentang dirinya dalam berita-beritanya. Bahkan ketika menonton sinetron, ia merasa menjadi salah satu pemainnya. (waham bizare → siar pikir)

Contoh Kasus:

Keluarga dalam aloanamnesa menceritakan bahwa penderita memanjat pohon kelapa dan tidak mau turun selama 2 hari. Kita harus memeriksa penderita untuk mendapatkan gejalanya, misalnya dengan menanyakan pada penderita mengapa waktu itu ia naik pohon kelapa dan tidak turun. Penderita mungkin akan menjawab:

- Karena ia merasa ketakutan, polisi mengejar-ngejar dia dengan membawa pistol dan ingin menembaknya padahal ia tidak bersalah, ia merasa dikejar-kejar akan dibunuh → waham kejar
- Penderita mendengar suara-suara tanpa wujud yang menyuruhnya untuk naik pohon kelapa dan tidak boleh turun, kalau tidak mungkin ibunya akan celaka, sehingga penderita menuruti suara-suara tersebut

→ halusinasi auditorik

- Penderita merasa seolah ada yang mengendalikan dirinya dan ia tak bisa melawannya sehingga ia naik pohon dan semua itu terjadi di luar kendali dirinya. → wahan bizare (kendali pikir).

6. PERSEPSI

Persepsi adalah proses pengubahan stimuli fisik menjadi informasi psikologik. Yang termasuk gangguan persepsi diantaranya adalah halusinasi dan ilusi. Halusinasi adalah suatu gangguan persepsi dimana tidak adanya obyek/stimulus eksternal dipersepsikan/dianggap ada oleh seseorang. Terdiri dari halusinasi auditorik, halusinasi visual, halusinasi taktil, halusinasi penciuman. Sedangkan ilusi adalah kesalahan persepsi dimana obyek lain dipersepsikan secara salah (ada obyeknya, sedangkan pada halusinasi tidak ada obyeknya).

Contoh :

- Penderita sering mendengar suara-suara banyak orang namun tidak ada wujudnya yang berisi komentar terhadap setiap tingkah lakunya sehingga penderita merasa sangat jengkel dan marah-marah (halusinasi auditorik).
- Penderita sering mencium bau kemenyan dan bunga-bunga kuburan terutama pada malam hari sementara di sekitarnya orang-orang tidak menciumnya, sehingga ia sering merasa ketakutan akan kematian (halusinasi penciuman)
- Penderita sering seperti didatangi arwah orang-orang yang sudah meninggal, yang nampak wujudnya di hadapannya (halusinasi visual).
- Penderita merasa seseorang yang dicintainya sering datang dan membelai-belai tubuhnya. Ia tidak melihat wujudnya tapi dapat merasakan jelas sentuhan-sentuhan tangan di tubuhnya (halusinasi taktil)
- Penderita minta semua pohon di depan rumahnya ditebang karena jika malam hari, ia melihat pohon-pohon itu berubah menjadi setan yang menakutkan (ilusi).

7. SENSORI DAN FUNGSI INTELEKTUAL

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai fungsi otak, termasuk di dalamnya adalah intelegensia, kemampuan berfikir abstrak, orientasi, memori, kemampuan membaca dan menulis, penjumlahan, visuospatial dan bahasa.

A. Kesadaran

Gangguan kesadaran biasanya mengindikasikan adanya gangguan otak organik. Termasuk didalamnya adalah somnolen, koma, letargi, dll.

B. Orientasi dan memori

Orientasi terdiri dari orientasi orang, tempat, waktu dan situasi. Sedangkan memori meliputi memori jangka pendek, memori jangka panjang, memori segera. Contoh :

- Orientasi waktu baik jika penderita bisa menunjukkan waktu secara tepat, siang malam, pagi.
- Orientasi tempat baik jika penderita tahu di mana sekarang ia berada

C. Konsentrasi dan Perhatian

Konsentrasi penderita bisa terganggu karena beberapa alasan. Adanya gangguan fungsi kognitif, kecemasan, depresi, adanya stimulus internal seperti halusinasi juga berperan dalam gangguan konsentrasi.

D. Pemikiran abstrak Contoh:

Kita tanyakan pada penderita apakah bisa menyebutkan persamaan dan perbedaan 2 benda yang mirip misalnya apakah bedanya antara jeruk dengan apel.

E. Informasi dan Intelegensi

Dalam hal ini kita tanyakan pada penderita tentang pengetahuan umum yang kita sesuaikan dengan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi keluarga.

8. DAYA NILAI

Selama wawancara berlangsung, sebagai dokter, kita dapat sekalian menilai bagaimanakan daya nilai penderita terhadap lingkungan sosialnya.

9. INSIGHT

Insight adalah tilikan diri atau pemahaman penderita tentang sakitnya. Secara sederhana adalah apakah seseorang merasa bahwa dirinya sakit atau tidak. Penderita gangguan jiwa berat mempunyai insight jelek, ia tidak merasa bahwa dirinya sakit dan mungkin ia akan menyangkalnya, sedangkan penderita gangguan jiwa ringan mempunyai insight yang baik.

Contoh :

- Penderita mungkin akan cerita bahwa ia heran mengapa di bawa ke rumah sakit, padahal ia tidak sakit
- Penderita mungkin akan mengatakan bahwa ia hanya sakit pusing saja dan tidak perlu dirawat di rumah sakit

BAB IV

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS GEJALA PSIKOTIK

Tujuan Pembelajaran:

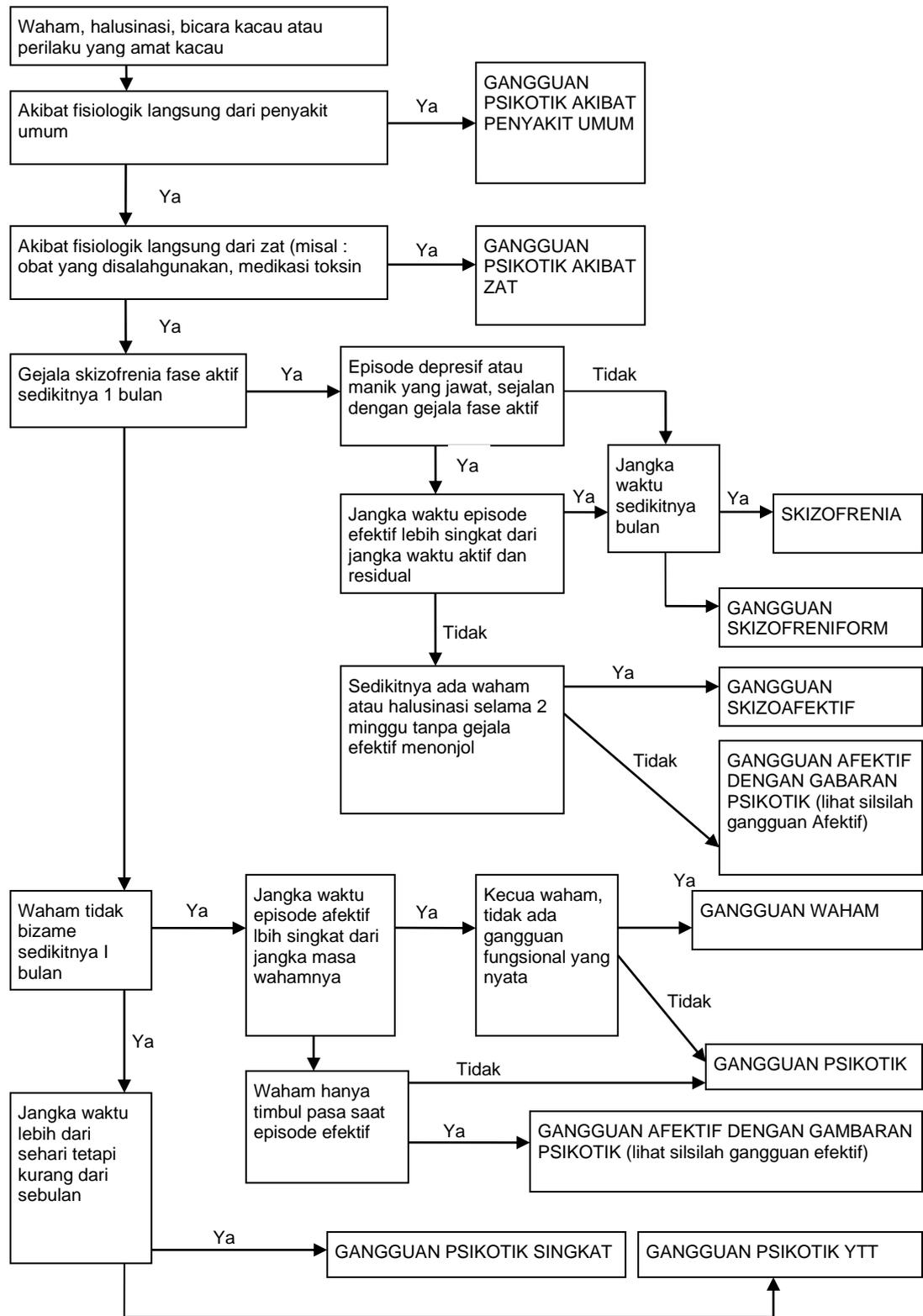
1. Peserta mampu melakukan anamnesis dengan baik dan lengkap pada keluarga (orang terdekat) penderita tentang berbagai hal yang berkaitan dengan penyebab dibawa ke Rumah Sakit.
2. Peserta mampu menyebutkan diagnosis banding untuk gejala-gejala psikotik.
3. Peserta mampu menjelaskan etiologi dan patogenesis gangguan psikotik.
4. Peserta mampu membedakan berbagai jenis kasus psikotik.
5. Peserta mampu merencanakan dan menjalankan penatalaksanaan (terapi, edukasi, merujuk) penderita dengan gejala psikotik

Daftar Pertanyaan:

1. Apa saja yang termasuk dalam gangguan psikotik?
2. Apa definisi masing-masing gangguan psikotik tersebut?
3. Apa kriteria diagnosis masing-masing gangguan psikotik tersebut?
4. Bagaimana membedakan diagnosis psikotik fungsional dengan Gangguan Mental Organik dengan gejala psikotik?
5. Bagaimana patofisiologi dan psikopatologi terjadinya gangguan psikotik?
6. Apa etiologi gangguan psikotik tersebut?
7. Apa yang disebut dengan faktor presipitasi gangguan jiwa?
8. Apa yang disebut dengan faktor predisposisi gangguan jiwa?
9. Sebutkan pilihan terapi pada kasus psikotik!
10. Bagaimana prognosis gangguan psikotik?
11. Jelaskan cara edukasi pada penderita dan keluarga penderita psikotik terhadap upaya keberhasilan terapi termasuk upaya mencegah kekambuhan!
12. Jelaskan dampak biopsikososial kasus-kasus psikotik pada pasien dan keluarganya!
13. Jelaskan peran keluarga dalam penatalaksanaan dan pencegahan kasus-kasus psikotik!
14. Jelaskan tingkat keterlibatan dokter di keluarga dalam penatalaksanaan kasus-kasus psikotik!
15. Jelaskan sumber daya keluarga yang berpengaruh dalam penatalaksanaan dan penyembuhan penderita psikotik!

Algoritma Kasus

Menegakkan diagnosis gangguan dengan gejala psikotik (PPDGJ III).



Daftar keterampilan klinis :

1. Alloanamnesis keluarga/orang terdekat dengan gejala psikotik.
2. Pemeriksaan status mental
3. Edukasi penderita dan keluarganya pada penderita dengan gejala psikotik.
4. Penulisan resep psikofarmaka.

Tabel 1. Deskripsi ketrampilan klinis (anamnesis, pemeriksaan status mental, edukasi)

NO.	MATERI	Skor		
		0	1	2
	ANAMNESIS/ALLOANAMNESIS			
1.	Mengucapkan salam sebelum memulai anamnesis /alloanamnesis			
2.	Memperkenalkan diri			
3.	Melakukan sambung rasa			
2.	Menanyakan identitas pasien dengan lengkap			
3.	Mengetahui keluhan utama/sebab dibawa ke rumah sakit			
4.	Mengumpulkan informasi tentang riwayat perjalanan penyakit Sekarang onset penyakit gejala-gejala upaya pengobatan yang telah dilakukan adanya gejala-gejala prodromal faktor presipitasi			
5.	Mengumpulkan informasi riwayat penyakit dahulu gangguan psikiatrik penyakit medis umum penggunaan alkohol dan zat lain			
6.	Mengumpulkan informasi tentang riwayat keluarga (pola keluarga, riwayat penyakit keluarga & silsilah keluarga)			
7.	Mengumpulkan informasi tentang riwayat pribadi Pre natal & Prinatal masa kanak-kanak awal kanak pertengahan pubertas - remaja			
8.	Informasi tentang masa dewasa Riwayat pekerjaan Riwayat perkawinan Riwayat pendidikan Riwayat kagamaan Aktivitas sosial Situasi hidup sekarang			
9.	Riwayat perkembangan seksual			
10.	Fantasi, impian dan nilai-nilai			
11.	Merangkum anamnesa			
12.	Mendoakan pasien serta memotivasi penderita dan keluarganya untuk tidak lupa atau bosan berdoa, agar mendapatkan yang terbaik			

NO.	MATERI	Skor		
		0	1	2
	PEMERIKSAAN STATUS MENTAL			
13.	Mengucap salam dan membaca <i>Bismillahirrahmanirrahim</i> sebelum melakukan pemeriksaan			
14.	Sambung rasa			
15.	Diskripsi/kesan umum			
16.	Pembicaraan			
17.	Perilaku dan aktivitas psikomotor			
18.	Emosi :			
	a. Mood			
	b. Afek			
19.	Proses pikir			
	a. bentuk pikir			
	b. isi pikir			
20.	Persepsi			
21.	Sensori dan fungsi intelektual			
	a. Orientasi			
	b. Daya ingat			
	c. Pemikiran abstrak			
22.	Insight			
23.	Merangkum hasil pemeriksaan			
24.	Mengucap salam penutup dan membaca hamdalah setelah melakukan pemeriksaan			

BABV
ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS
GANGGUAN JIWA KARENA PENYAKIT UMUM

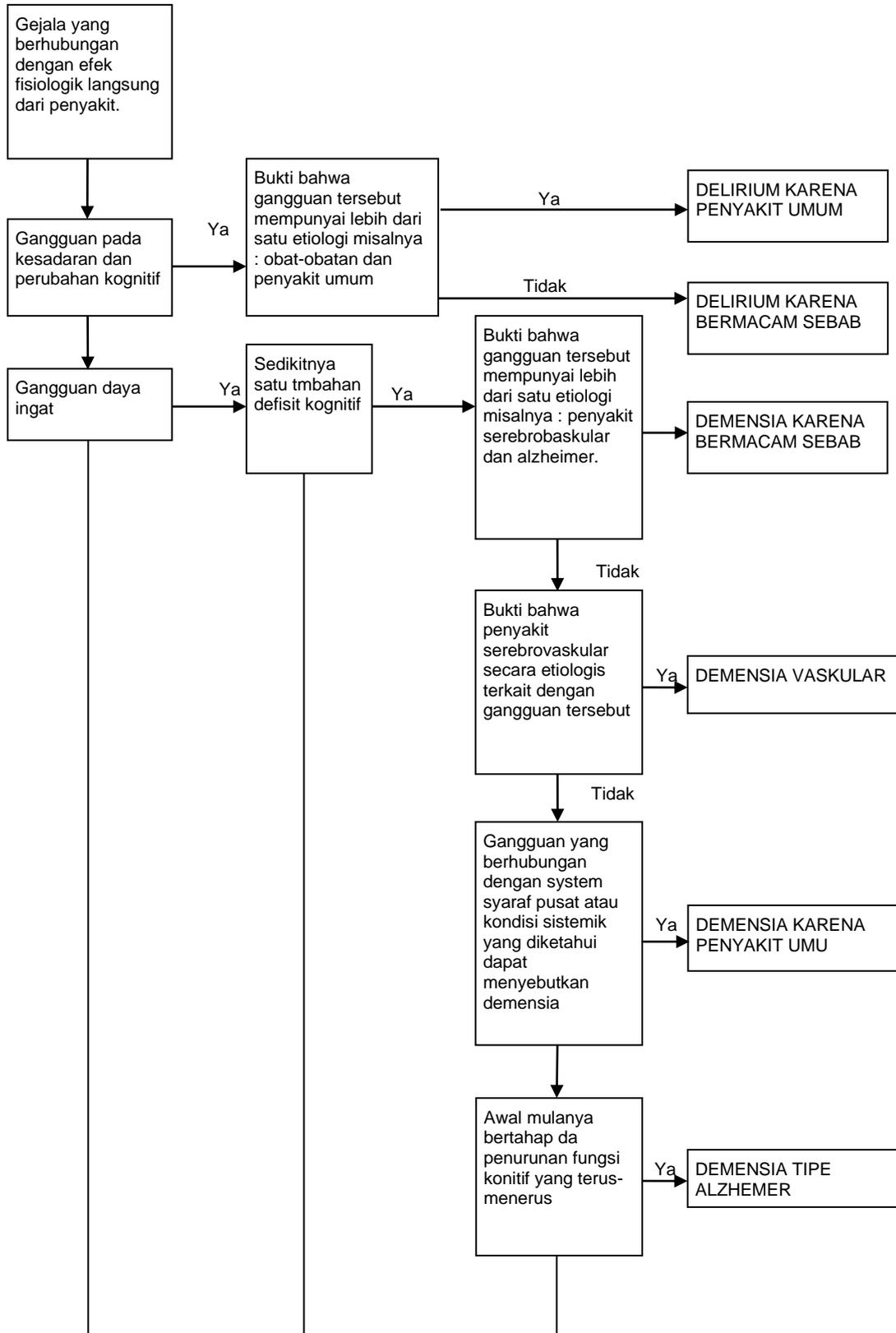
Tujuan Pembelajaran:

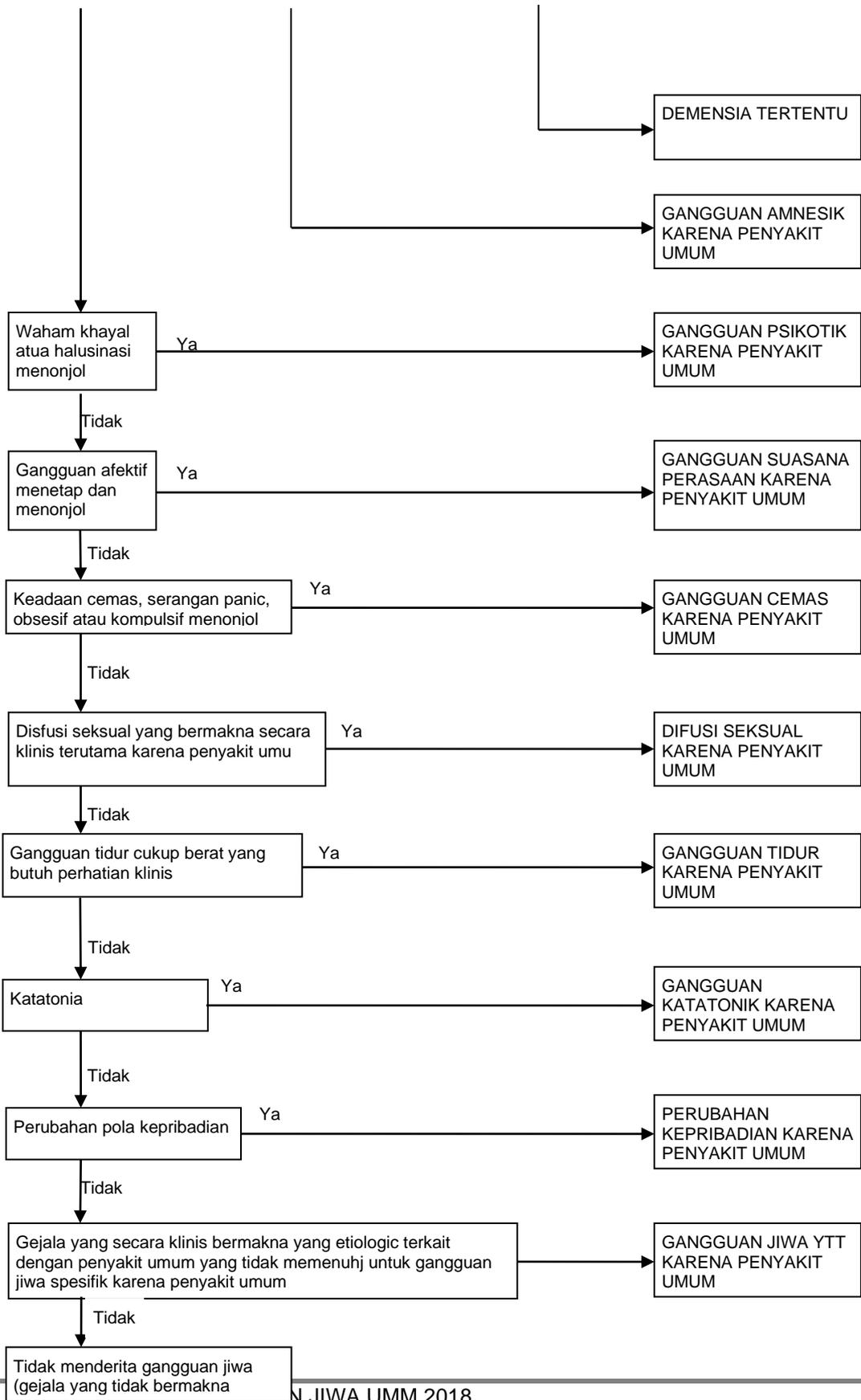
1. Peserta mampu melakukan anamnesis/alloanamnesis dengan baik dan lengkap pada penderita/keluarga (orang terdekat) penderita tentang berbagai hal yang berkaitan dengan penyebab dibawa ke Human Sakit.
2. Peserta mampu menyebutkan diagnosis banding untuk gangguan jiwa akibat penyakit umum.
3. Peserta mampu menjelaskan etiologi dan patogenesis gangguan jiwa akibat penyakit umum.
4. Peserta mampu membedakan berbagai jenis kasus gangguan jiwa akibat penyakit umum.
5. Peserta mampu merencanakan dan menjalankan penatalaksanaan (terapi, edukasi, merujuk) penderita dengan gangguan jiwa akibat penyakit umum.

Daftar Pertanyaan:

1. Apa saja yang termasuk dalam gangguan jiwa akibat penyakit umum?
2. Apa definisi masing-masing gangguan jiwa akibat penyakit umum tersebut?
3. Apa kriteria diagnosis masing-masing gangguan jiwa akibat penyakit umum tersebut?
4. Bagaimana membedakan diagnosis psikotik fungsional dengan Gangguan jiwa akibat penyakit umum?
5. Bagaimana patofisiologi terjadinya gangguan jiwa akibat penyakit umum?
6. Sebutkan penatalaksanaan yang tepat dalam kasus gangguan jiwa akibat penyakit umum!
7. Bagaimana prognosis gangguan jiwa akibat penyakit umum?
8. Jelaskan cara edukasi pada penderita dan keluarga penderita gangguan jiwa akibat penyakit umum!

Algorime Kasus





Daftar ketrampilan Minis:

1. Alloanamnesis keluarga/orang terdekat penderita dengan gangguan jiwa akibat penyakit umum.
2. Pemeriksaan status mental.
3. Edukasi penderita dan keluarganya derita dengan gangguan jiwa akibat penyakit umum.
4. Penulisan resep psikofarmaka.

Deskripsi Ketrampilan Anamnesis, Pemeriksaan Status Mental, Edukasi Sama dengan label 1.

BAB VI

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS GANGGUAN AKIBAT ZAT

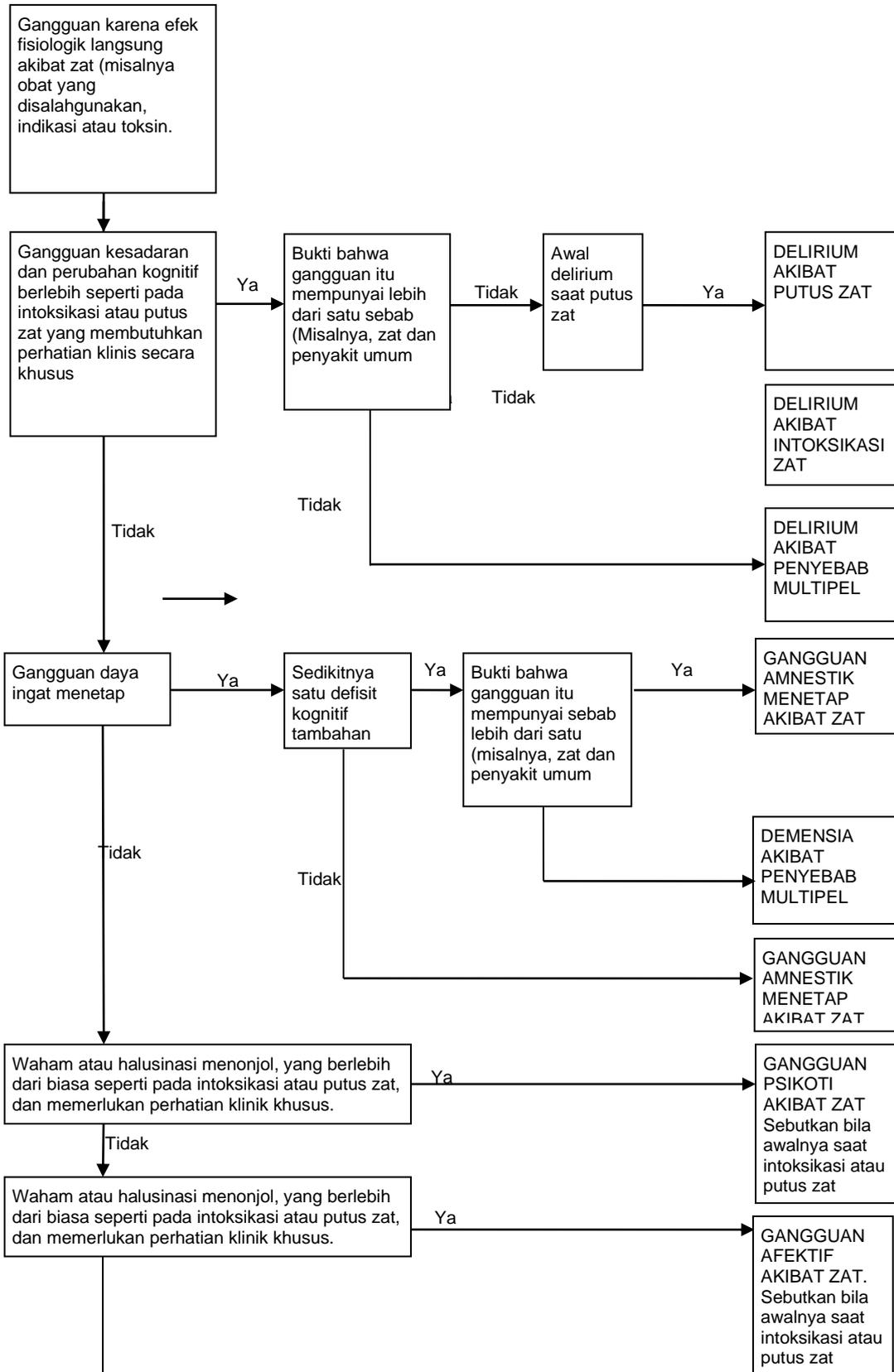
Tujuan Pembelajaran:

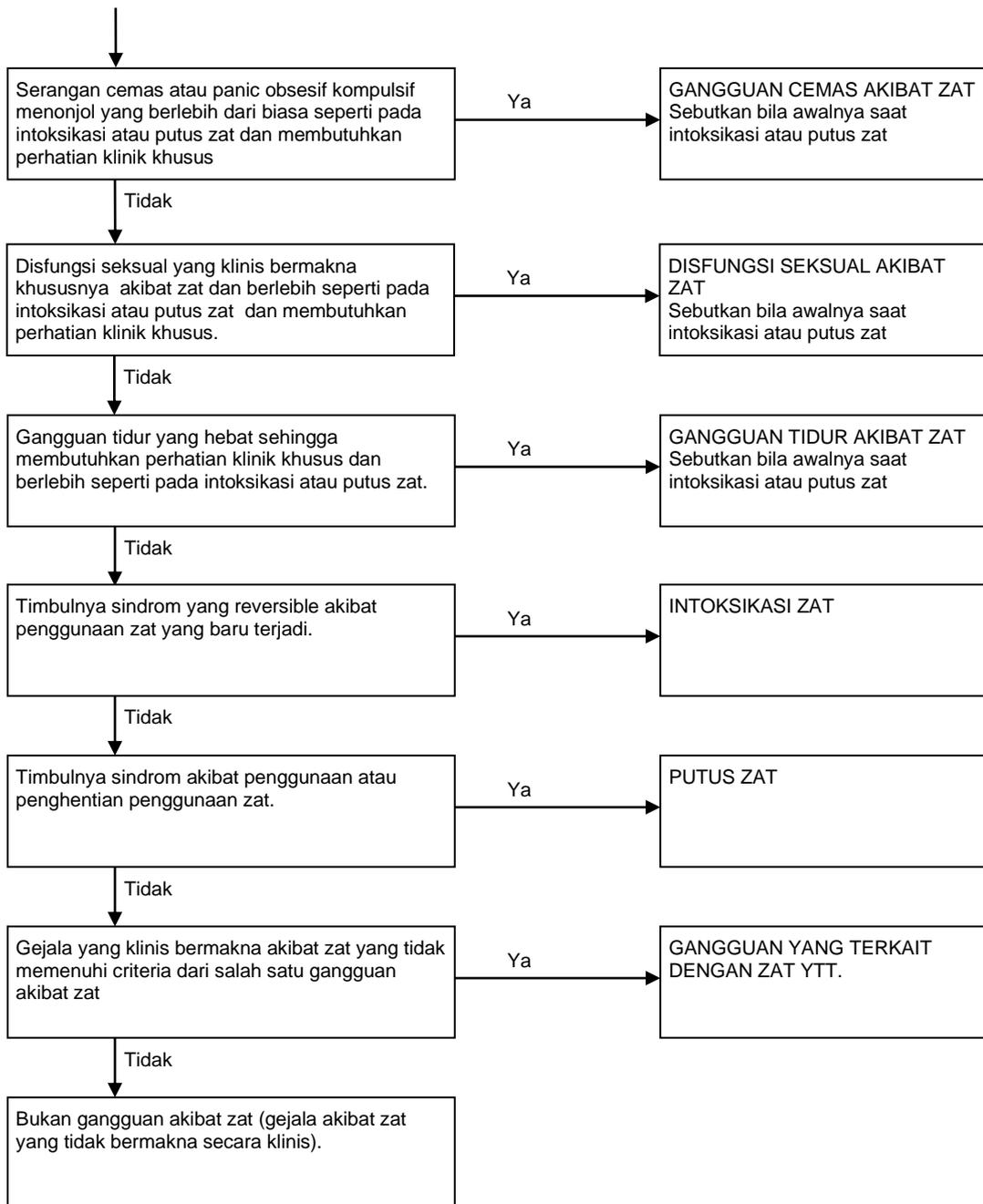
1. Peserta mampu melakukan anamnesis/alloanamnesis dengan baik dan lengkap pada penderita/keluarga (orang terdekat) penderita tentang berbagai hal yang berkaitan dengan gangguan akibat zat.
2. Peserta mampu menyebutkan diagnosis banding untuk gangguan akibat zat.
3. Peserta mampu menjelaskan patogenesis gangguan akibat zat.
4. Peserta mampu membedakan berbagai jenis kasus gangguan akibat zat.
5. Peserta mampu merencanakan dan menjalankan penatalaksanaan (terapi, edukasi, merujuk) penderita dengan gangguan akibat zat.

Daftar Pertanyaan:

1. Apa saja yang termasuk dalam gangguan akibat zat?
2. Apa definisi masing-masing gangguan akibat zat tersebut?
3. Apa kriteria diagnosis masing-masing gangguan akibat zat tersebut?
4. Bagaimana membedakan diagnosis psikotik fungsional dengan Gangguan jiwa akibat zat?
5. Bagaimana patofisiologi terjadinya gangguan akibat zat?
6. Sebutkan penatalaksanaan yang tepat dalam kasus gangguan akibat zat!
7. Bagaimana prognosis gangguan akibat zat?
8. Jelaskan cara edukasi pada penderita dan keluarga penderita gangguan akibat zat!
9. Jelaskan dampak biopsikososial kasus-kasus gangguan akibat zat pada pasien dan keluarganya!
10. Jelaskan peran keluarga dalam penatalaksanaan dan pencegahan kasus-kasus gangguan akibat zat!
11. Jelaskan tingkat keterlibatan dokter di keluarga dalam penatalaksanaan kasus-kasus gangguan akibat zat!
12. Jelaskan sumber daya keluarga yang berpengaruh dalam penatalaksanaan dan penyembuhan penderita gangguan akibat zat!

Algoritme Kasus





Daftar ketrampilan klinis:

1. Alloanamnesis keluarga/orang terdekat penderita dengan gejala gangguan akibat zat.
2. Pemeriksaan status mental.
3. Edukasi penderita dan keluarganya dengan gangguan akibat zat
4. Penulisan resep psikofarmaka.

Deskripsi Ketrampilan Anamnesis, Pemeriksaan Status Mental, Edukasi Sama dengan label 1.

BAB VII

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS GANGGUAN AFEKTIF

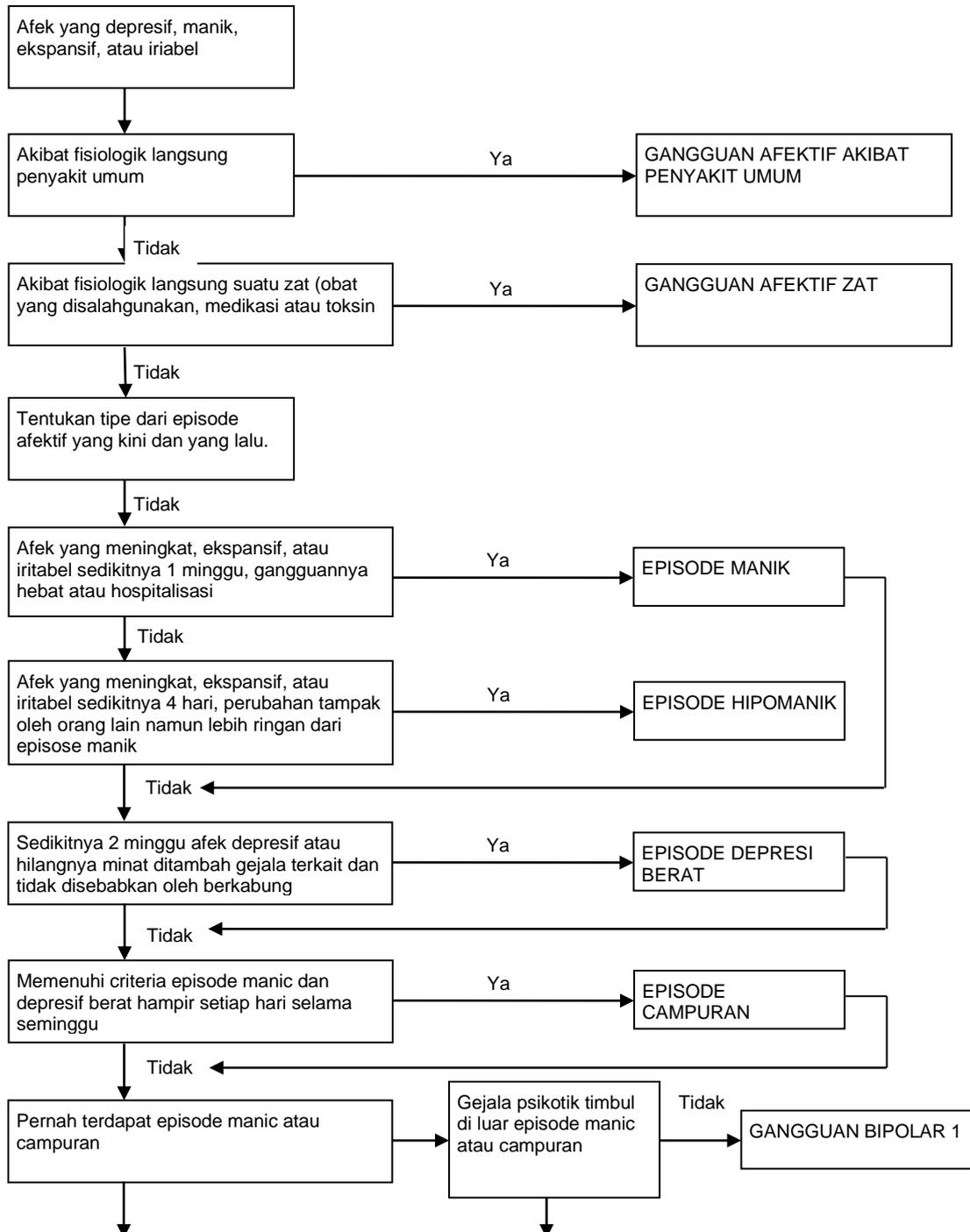
Tujuan Pembelajaran:

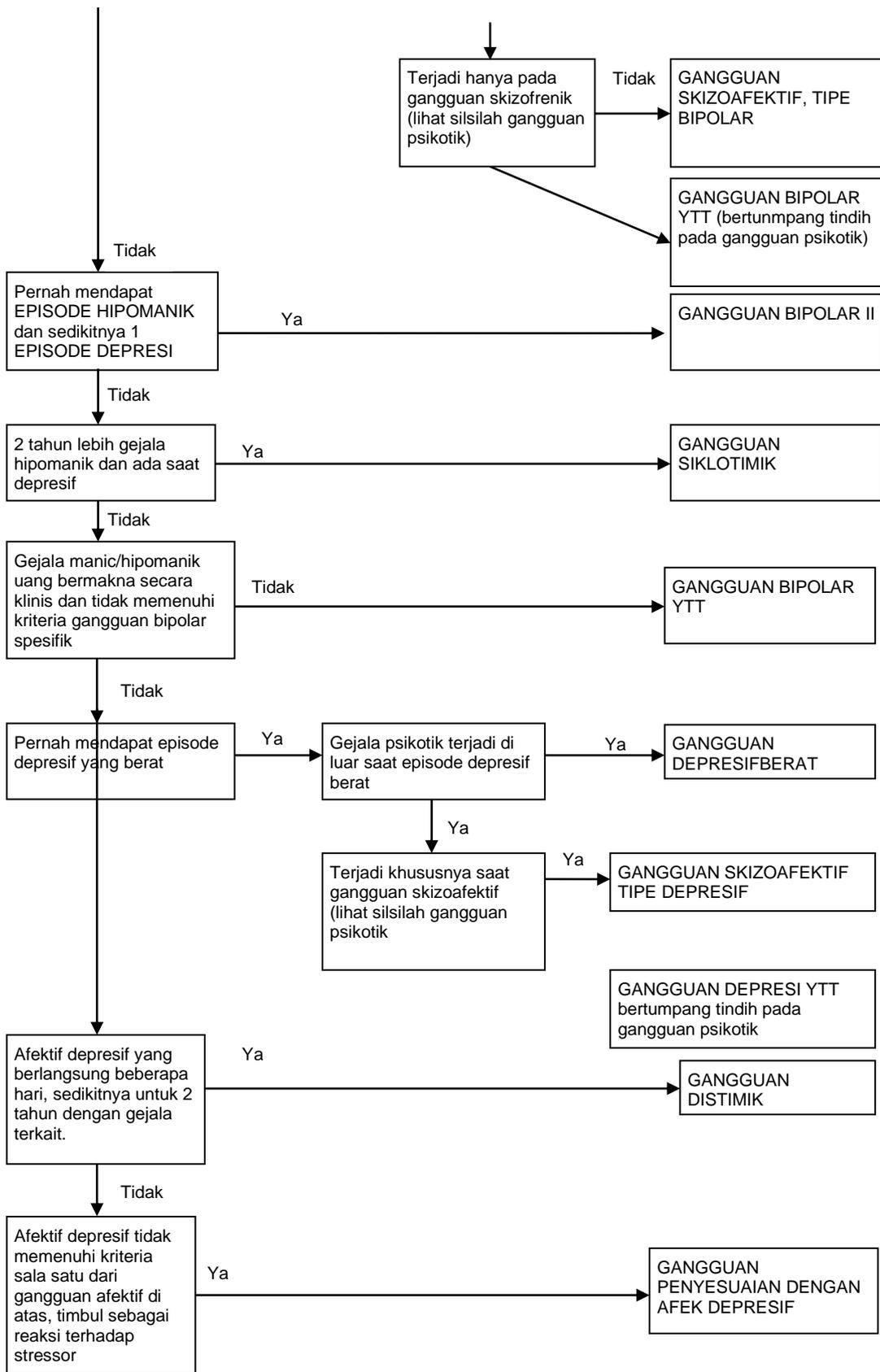
1. Peserta mampu melakukan anamnesis/alloanamnesis dengan baik dan lengkap pada penderita/keluarga (orang terdekat) penderita tentang berbagai hal yang berkaitan dengan penyebab dibawa ke Rumah Sakit.
2. Peserta mampu menyebutkan diagnosis banding untuk gangguan afektif.
3. Peserta mampu menjelaskan etiologi dan patogenesis gangguan afektif.
4. Peserta mampu membedakan berbagai jenis kasus gangguan afektif.
5. Peserta mampu merencanakan dan menjalankan penatalaksanaan (terapi, edukasi, merujuk) penderita gangguan afektif.

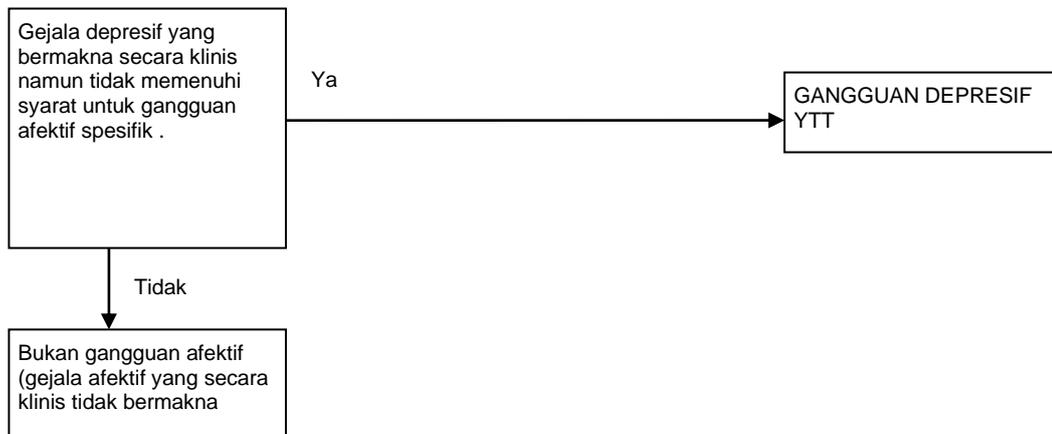
Daftar Pertanyaan:

1. Apa saja yang termasuk dalam gangguan afektif?
2. Apa definisi masing-masing gangguan afektif tersebut?
3. Apa kriteria diagnosis masing-masing gangguan afektif tersebut?
4. Bagaimana patofisiologi dan psikopatologi terjadinya gangguan afektif?
5. Sebutkan penatalaksanaan yang tepat dalam masing-masing kasus gangguan afektif!
6. Bagaimana prognosis gangguan afektif?
7. Jelaskan cara edukasi pada penderita dan keluarga penderita gangguan afektif, termasuk untuk keberhasilan terapi dan pencegahan kekambuhan!
8. Jelaskan dampak biopsikososial kasus-kasus gangguan afektif pada pasien dan keluarganya!
9. Jelaskan peran keluarga dalam penatalaksanaan dan pencegahan kasus-kasus gangguan afektif!
10. Jelaskan tingkat keterlambatan dokter di keluarga dalam penatalaksanaan kasus-kasus gangguan afektif!
11. Jelaskan sumber daya keluarga yang berpengaruh dalam penatalaksanaan dan penyembuhan penderita gangguan afektif!

Algoritme Kasus







Daftar ketrampilan klinis:

1. Alloanamnesis keluarga/orang terdekat penderita dengan gangguan afektif.
2. Pemeriksaan status mental.
3. Edukasi penderita dan keluarganya dengan gangguan afektif.
4. Penulisan resep psikofarmaka.

Deskripsi Ketrampilan Anamnesis, Pemeriksaan Status Mental, Edukasi Sama dengan label 1.

BAB VIII

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS GEJALA CEMAS

Tujuan Pembelajaran:

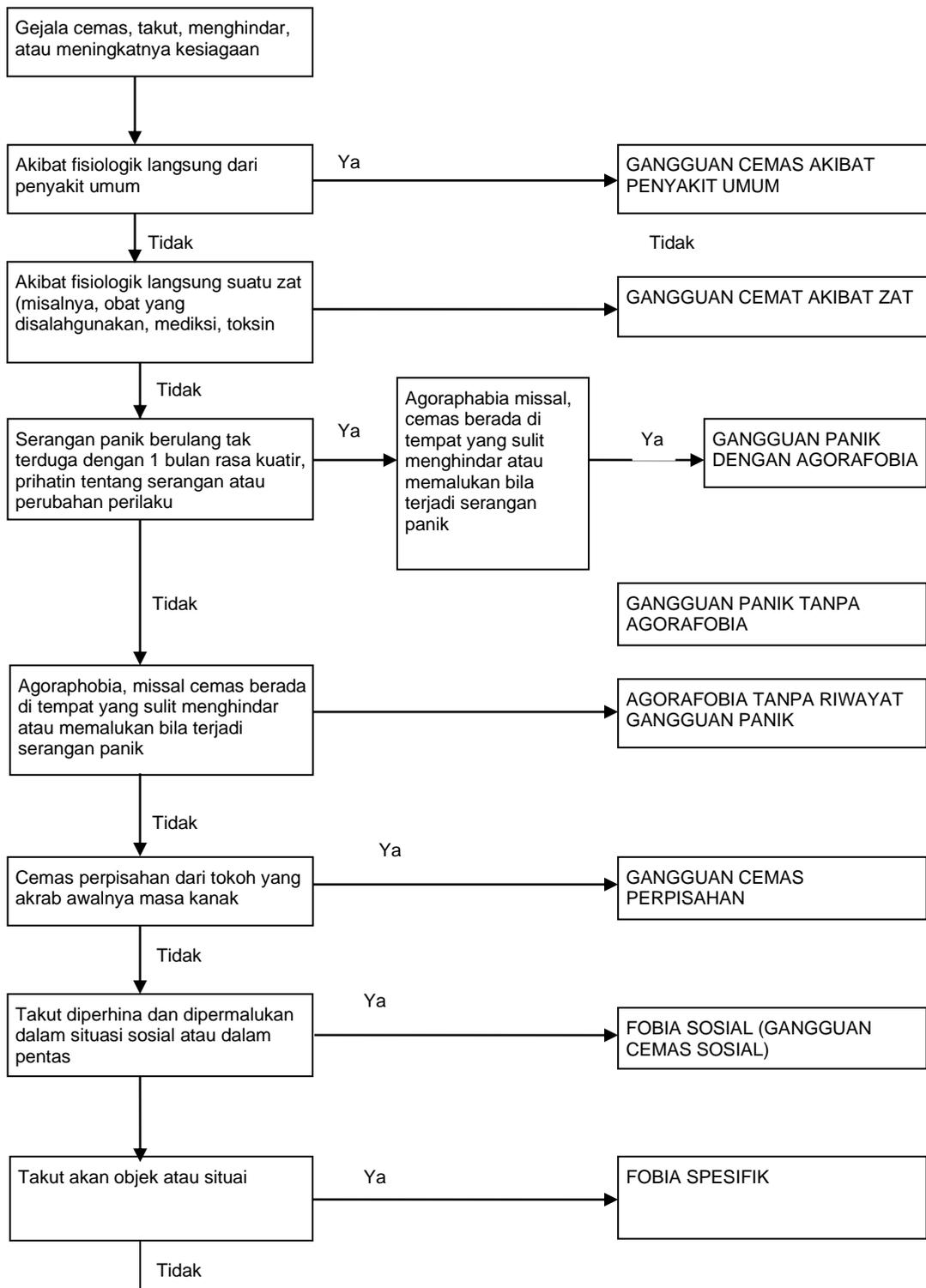
1. Peserta mampu melakukan anamnesis dengan baik dan lengkap pada keluarga (orang terdekat) penderita tentang berbagai hal yang berkaitan dengan keluhan utama.
2. Peserta mampu menyebutkan diagnosis banding untuk gejala-gejala cemas.
3. Peserta mampu menjelaskan etiologi dan patogenesis gangguan cemas.
4. Peserta mampu membedakan berbagai jenis kasus kecemasan.
5. Peserta mampu merencanakan dan menjalankan penatalaksanaan (terapi, edukasi, merujuk) penderita dengan gejala kecemasan.

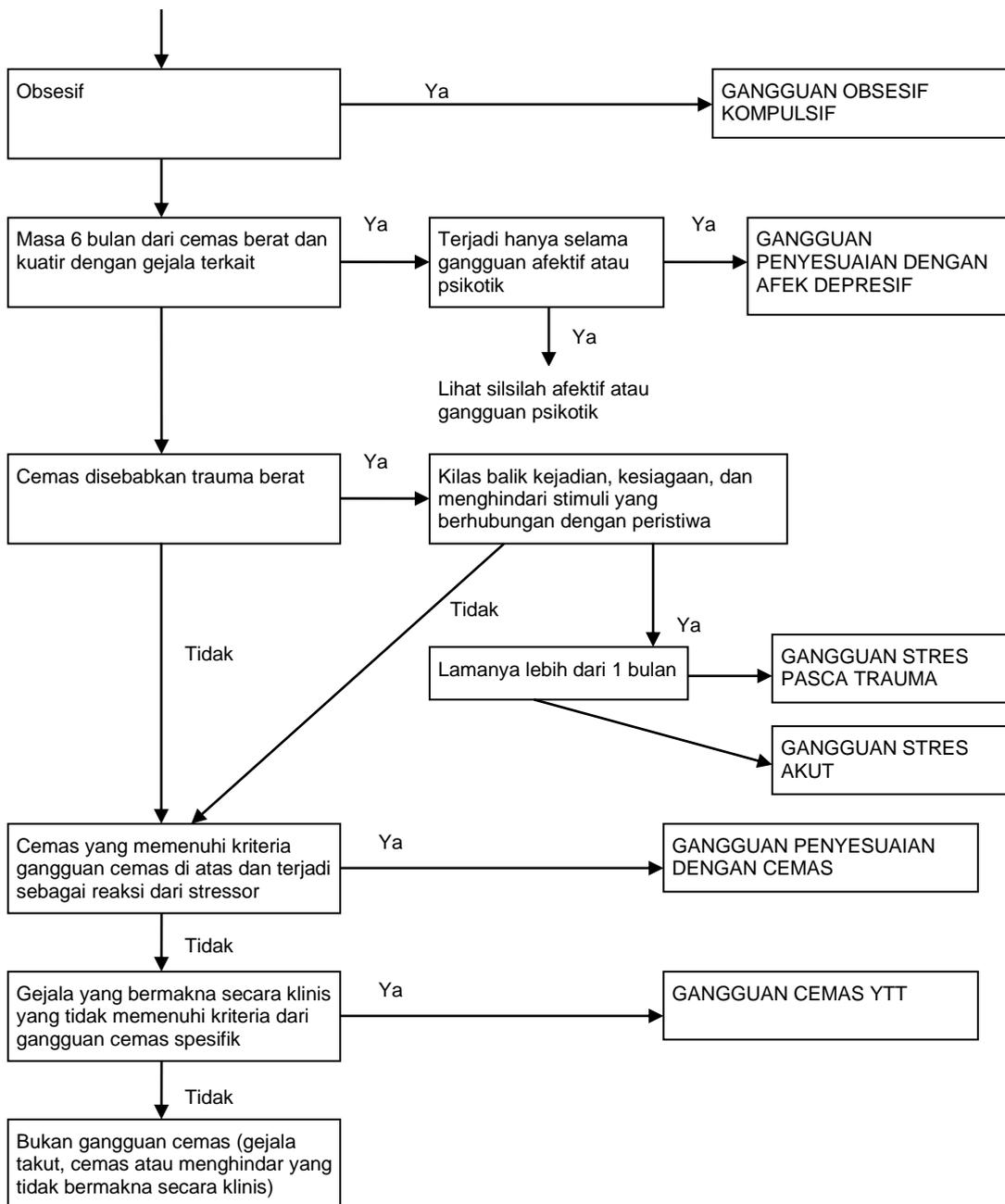
Daftar Pertanyaan:

1. Apa saja yang termasuk dalam gangguan kecemasan?
2. Apa definisi masing-masing gangguan kecemasan tersebut?
3. Apa kriteria diagnosis masing-masing gangguan kecemasan tersebut?
4. Bagaimana patofisiologi dan psikopatologi terjadinya gangguan kecemasan?
5. Apa etiologi gangguan kecemasan tersebut?
6. Sebutkan pilihan terapi pada kasus-kasus kecemasan !
7. Bagaimana prognosis gangguan kecemasan?
8. Jelaskan cara edukasi pada penderita dan keluarga penderita terhadap kecemasan!
9. Jelaskan dampak biopsikososial kasus-kasus kecemasan pada pasien dan keluarganya!
10. Jelaskan peran keluarga dalam penatalaksanaan dan pencegahan kasus-kasus kecemasan!
11. Jelaskan tingkat keterlibatan dokter di keluarga dalam penatalaksanaan kasus-kasus kecemasan!
12. Jelaskan sumber daya keluarga yang berpengaruh dalam penatalaksanaan dan penyembuhan penderita kecemasan!

Algorime Kasus

Menegakkan diagnosis gangguan dengan gejala cemas (PPDGJ III)





Daftar ketrampilan klinis:

1. Alloanamnesis keluarga/orang terdekat penderita dengan gangguan kecemasan.
2. Pemeriksaan status mental.
3. Edukasi penderita dan keluarganya dengan gangguan kecemasan.
4. Penulisan resep psikofarmaka.

Deskripsi Ketrampilan Anamnesis, Pemeriksaan Status Mental, Edukasi Sama dengan label 1 ditambah konseling pada penderita.

NO	MATERI	Skor		
		0	1	2
1.	Menyampaikan salam			
2.	Memperkenalkan diri			
3.	Menciptakan suasana nyaman dan membina sambung rasa			
4.	Membangun kepercayaan			
5.	Mengajukan pertanyaan (menggali permasalahan klien)			
	a. Pertanyaan tertutup			
	b. Pertanyaan terbuka			
	c. Pertanyaan mengarahkan			
6.	Empati			
7.	Mendengarkan aktif			
8.	Bahasa verbal			
9.	Bahasa non verbal			
10.	Mendorong klien memahami permasalahan dan potensi dirinya			
11.	Membantu klien memilih alternatif pemecahan masalah serta memotivasi untuk tetap berusaha dan berdoa			
12.	Membuat rencana pertemuan selanjutnya serta mendoakan pasien agar mendapatkan jalan keluar yang terbaik			

BAB IX

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS GANGGUAN SOMATOFORM

Tujuan Pembelajaran:

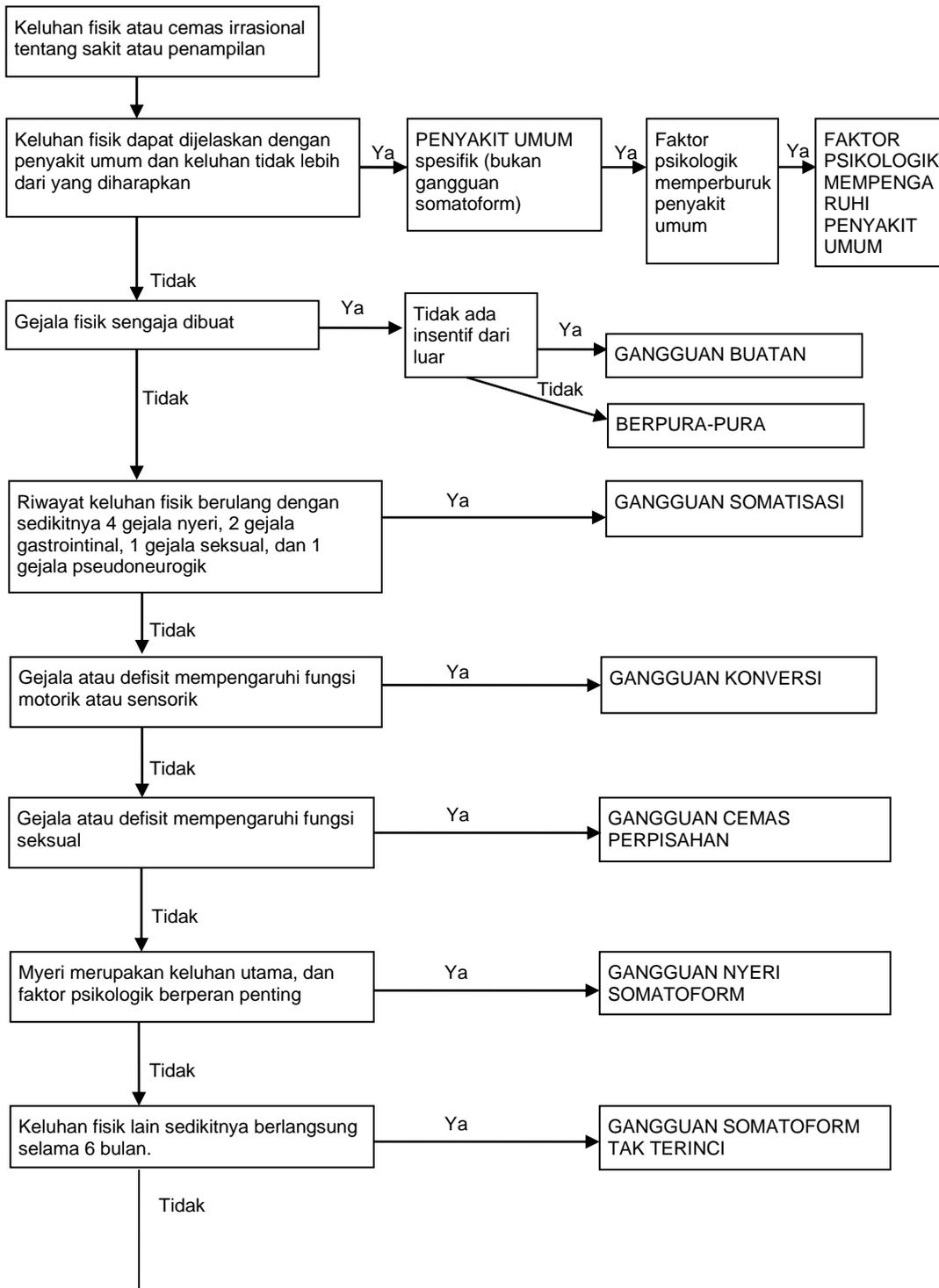
1. Peserta mampu melakukan anamnesis dengan baik dan lengkap pada penderita tentang berbagai hal yang berkaitan dengan keluhan utama.
2. Peserta mampu menyebutkan diagnosis banding untuk Gangguan Somatoform.
3. Peserta mampu menjelaskan etiologi dan patogenesis gangguan somatoform.
4. Peserta mampu membedakan berbagai jenis gangguan somatoform.
5. Peserta mampu merencanakan dan menjalankan penatalaksanaan (terapi, edukasi, merujuk) penderita dengan gangguan somatoform.

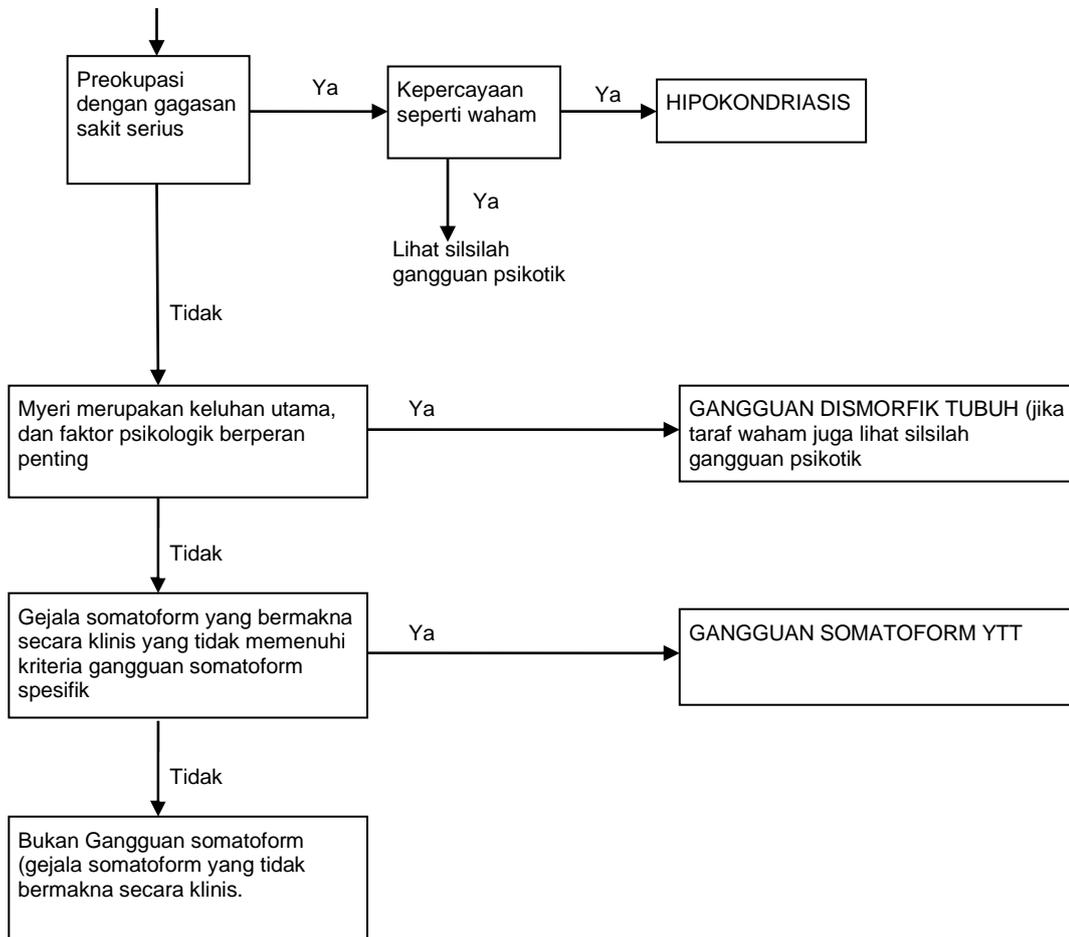
Daftar Pertanyaan:

1. Apa saja yang termasuk dalam gangguan somatoform?
2. Apa definisi masing-masing gangguan somatoform tersebut?
3. Apa kriteria diagnosis masing-masing gangguan somatoform tersebut?
4. Bagaimana patofisiologi dan psikopatologi terjadinya gangguan somatoform?
5. Apa etiologi gangguan somatoform tersebut?
6. Sebutkan pilihan terapi pada kasus-kasus somatoform !
7. Bagaimana prognosis gangguan somatoform?
8. Jelaskan cara edukasi pada penderita dan keluarga penderita terhadap somatoform!
9. Jelaskan dampak biopsikososial kasus-kasus gangguan somatoform pada pasien dan keluarganya!
10. Jelaskan peran keluarga dalam penatalaksanaan dan pencegahan kasus-kasus gangguan somatoform!
11. Jelaskan tingkat keterlibatan dokter di keluarga dalam penatalaksanaan kasus-kasus gangguan somatoform!
12. Jelaskan sumber daya keluarga yang berpengaruh dalam penatalaksanaan dan penyembuhan penderita gangguan somatoform!

Algoritme Kasus

Menegakkan diagnosis gangguan Somatoform (PPDGJ III)





Daftar ketrampilan klinis:

1. Alloanamnesis keluarga/orang terdekat penderita dengan gejala somatoform.
2. Pemeriksaan status mental.
3. Edukasi penderita dan keluarganya dengan gangguan Somatoform.
4. Penulisan resep psikofarmaka.

Deskripsi Ketrampilan Anamnesis, Pemeriksaan Status Mental, Edukasi Sama dengan label 1.

BAB X TERAPI DAN PENULISAN RESEP

Psikofarmaka dalam Psikiatri secara sederhana digolongkan menjadi

- Antianxietas (anticemas)
- Antipsikotik
- Antidepresan
- Antimanik

Anticemas (antianxietas)

- Obat-obat yang digunakan untuk mengatasi gejala anxietas.

Secara garis besar digolongkan:

1. Anti anxietas → kompleks reseptor GABA

- Diazepam 5 mg, 2 x sehari
- Chlordiozepoxide 10-20 mg, 2-3xsehari
- Lozapepam 1-2 mg, 1-2 x sehari
- Clobazam 20-30 mg, dosis terbagi
- Alprazolam 0,25-0,5 mg, 2-3 x sehari
- Estazolam 0,5-2 mg
- Triazolam 0,125-0,5 mg

2. Anti anxietas → sistem simpatis (adrenergik): obat-obat yang bekerja langsung pada neuron adrenergik sehingga tonus neuron adrenergik dapat dihambat. Obat-obat ini digunakan jika gangguan cemas disertai dengan gejala-gejala otonom seperti

tremor, berkeringat, takikardi, dilatasi pupil (misal tobia sosial).

- Clonidine (2x0,1 mg)
- Propranolol (2x20 mg)

3. Anti anxietas → sistem serotonergik: merupakan parsial agonis terhadap reseptor serotonergik tipe 1A (5 HT1A). Misal pada terapi Gangguan Cemas Menyeluruh

- Buspiron dosis 10-15 mg (dalam dosis terbagi). (hati-hati pada penderita gagal ginjal dan disfungsi hepar).

Anti Depresan

- Anti depresan digunakan untuk gejala depresi. Secara biologis,

gejala depresi disebabkan karena kurangnya serotonin pada sistem serotonergik dan atau nor adrenalin pada sistem adrenergik sehingga obat-obat anti depresan bekerja untuk meningkatkan kadar serotonin dan atau nor epinefrin.

Secara garis besar digolongkan menjadi:

1. Trisiklik dan tetrasiklik

- Amitriptylin (150-300 mg)
- Imipramin (150-300 mg)
- Amoksapin (150-300 mg)
- Maprotilin (100-225 mg)
- Clomipramin (150-300 mg)

2. SSRI (Serotonin Specific Selective Reuptake Inhibitor): lebih fokus meningkatkan kadar serotonin di otak.

- Citalopram (dosis 20 mg)
- Fluoxetin (dosis 20 mg)
- Fluvoxamin (dosis 50 mg)
- Paroxetin (dosis 20 mg)
- Sertralin (dosis 50-100 mg)

Indikasi lain antidepresan:

1. Trisiklik, tetrasiklik:

- gangguan panik.
- gangguan obsesif kompulsif (terutama clomipramin)
- nyeri
- kelelahan kronik
- enuresis (terutama imipramin)

I SSRI:

- gangguan cemas, panik, fobia sosial, gangguan cemas menyeluruh
- gangguan obsesif kompulsif
- bulimia nervosa
- gangguan disforik postmenstrual (terutama paroxetin dan sertralin)

Anti Manik

Gejala manik merupakan kebalikan dari depresi. Satu teori mengatakan bahwa pada manik terjadi pelepasan nor adrenalin yang berlebihan pada sistem adrenergik.

- Carbamazepin (400-600 mg dalam dosis terbagi 3 atau 4).
- Lithium Carbonat
- Asam Valproat

Anti Psikotik

Anti psikotik bekerja untuk mengatasi gejala-gejala psikotik (misal waham, halusinasi, inkoherensi, perilaku aneh, kataton).

Secara garis besar, anti psikotik terdiri dari:

1. Anti psikotik generasi I (APG I) (konvensional, typical):

- a. Broad spectrum neuroleptics: Spektrumnya luas.

- Efek terapeutik utama blokade terhadap sistem dopaminergik (reseptor dopamin tipe D2) -> mengatasi gejala psikotik
- Efek yang lain:
 - menghambat neuron histaminergik → reseptor H1 (sedasi)
 - menghambat neuron kolinergik → reseptor muskarinik tipe M1 → menghambat gerakan psikomotor
 - menghambat neuron adrenergik, → reseptor → 1 → hipotensi dan sedasi.

Contoh: Chlorpromazine: dosis oral 100 -1600 mg, im: 25 - 500 mg, Theoridazine : dosis oral 200-800 mg

b. *Longterm neuroleptics*: Bekerja lebih spesifik, memblokade neuron dopaminergik, utamanya reseptor dopamin tipe 2 (D2), sehingga dapat mengatasi gejala psikotik.

- Haloperidol, dosis : 5-20 mg oral, 5-20 mg im
- Perphenazine, dosis : 12 - 64 mg oral, 15 - 30 mg im
- Trifluoperazin, dosis : 4-40 mg oral, 4-10 mg im
- Fluphenazin, dosis : 1,5 - 40 mg oral, 5 - 20 mg im
- Pimozide, dosis : 0,5-20 mg
- Sulpiride, dosis : 600-1800 mg

2. Anti psikotik generasi II (APG II) (inkonvensional, atypical)

APG II bekerja antagonis → serotonergik (5 HT2 reseptor) dan dopaminergik (D2 reseptor).

Efek terapeutik: mengatasi gejala psikotik :

- Gejala positif (waham, halusinasi, kataton, inkoherensi)
- Gejala negatif (anhedonia, anergia, social withdrawal, apathy, alogia),
- Terhindar dari efek merugikan obat, misalnya sindrom ekstrapiramidal.
 - Clozapin, dosis 12,5-25 mg
 - Risperidon, dosis 1-6mg
 - Olanzapin, dosis 7,5-30 mg
 - Quetiapin, dosis 300 mg

Contoh: Skema Penatalaksanaan Psikiatrik: Percobaan Bunuh Diri (misal dengan perlukaan pergelangan tangan) & Gaduh Gelisah

3. Pemilihan Psikofarmaka berdasar pada:

A. Diagnosis (antipsikotik, anticemas, antidepresan atau antimanik)

B. Gejala/s/mtomp yang menonjol:

- Psikotik dengan hiperaktivitas dan kesulitan tidur, penggunaan Chlorpro memiliki efek penekanan psikomotor dan sedasi yang lebih kuat (jika kontra indikasi dalam pemakaiannya) dibandingkan Haloperidol.
- Psikotik dengan gejala negatif maka pemilihan antipsikotik atipikal lebih efektif dibandingkan dengan antipsikotik tipikal.
- Cemas yang disertai dengan hiperaktivitas sistim adrenergik misal pada pobia sosial, pemilihan pada anticemas yang bekerja pada sistem adrenergik misalnya Propanolol

C. Efek samping:

- Penderita dengan efek samping Ekstra Piramidal Sindrom, pemilihan pada antipsikotik atipikal. Pada penggunaan antipsikotik konvensional terutama Haloperidol memiliki efek samping EPS yang lebih besar.
- Penderita Psikotik tanpa ada masalah kesulitan tidur, pemilihan pada antipsikotik yang minimal efek sedasinya. Pemakaian antipsikotik pada penderita tanpa masalah kesulitan tidur akan membuat penderita malas beraktivitas dan mempercepat munculnya gejala negatif. ;
- Pada penderita hipotensi, pemakaian Chlorpromazin akan mempermudah timbulnya hipotensi postural

D. Sosial Ekonomi: pemilihan obat juga harus mempertimbangkan kondisi sosial ekonomi penderita karena pemakaian psikofarmaka rata-rata membutuhkan waktu lama (terapi jangka panjang) sehingga kemampuan menyediakan obat perlu menjadi bahan pertimbangan, agar tidak drop out obat.

E. Sediaan obat (kepatuhan penderita): pemilihan obat juga mempertimbangkan jenis sediaan yang ada.

- Saat penderita tidak mau minum obat oral atau membutuhkan reaksi yang lebih cepat maka bisa diberikan obat injeksi
- Jika penderita ada potensi untuk tidak patuh minum obat maka bisa dipilih sediaan tetes (drop) atau injeksi sediaan lepas lambat misalnya Haldol \ Decanoas atau Modecate yang diberikan secara rutin setiap bulan.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI, 2006. **Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar.**
- Departemen Kesehatan RI, 1993, **Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III**, Jakarta.
- Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat, 5005, **Konseling Pasca Trauma: Pedoman Untuk TOT**, Jakarta
- Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional, 2005. **Kurikulum Berbasis Kompetensi Untuk Pendidikan Kedokteran Dasar.** Jakarta.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. **Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry.** 7th ed, 1994, William and Wilkins, Baltimore.
- Katzung, B.G (editor). 1998. **Basic and Clinical Pharmacology.** 7th ed. Appleton & Lange, Conneticut.
- Keliat, B.A., Kobong, B.K. 2006. **Menanti Empati Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa**, Pusat Kajian Bencana dan Tindak Kekerasan, FK UI.
- Maramis, W.F 1986. **Ilmu Kedokteran jiwa**, Airlangga University Press, Surabaya.
- Shea, Shawn.C. 1996. **Wawancara Psikiatri**, EGG, Jakarta



**FAKULTAS
KEDOKTERAN
UNISMUH MAKASSAR**