

## Modul Skill Lab Psikiatri

Skill lab Psikiatri adalah salah satu metode pembelajaran mahasiswa Fakultas Kedokteran yang akan menjalani kepaniteraan klinik di lab Psikiatri, untuk lebih memahami teori yang akan diaplikasikan ke praktek terhadap penderita. Lebih jauh mahasiswa diharapkan akan terampil melakukan pemeriksaan spesifik psikiatri, yang dalam hal ini lebih ke arah observasi dan mengajukan pertanyaan/ anamnesis serta pembuatan status psikiatrik.

Untuk mempertegas tujuan pengajaran, pembelajaran pemeriksaan Psikiatrik tidak bersifat global seperti misalnya riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu dsb, tetapi lebih diarahkan langsung ke kasus dan berhadapan langsung dengan “penderita”, dimana mahasiswa menggali *sign and symptom* sesuai gejala pada masing2 jenis penyakit/ gangguan psikiatrik penderita.

Metoda yang digunakan adalah *role play*, dimana mahasiswa diminta berperan menjadi penderita, keluarga penderita dan sebagai pemeriksa secara bergantian. Sebelum pembelajaran, mahasiswa diberi waktu secara aktif mencari sumber bahan pembelajaran (via internet, perpustakaan, atau sumber lainnya). Setelah didapatkan bahannya, mahasiswa dibagi beberapa kelompok dan diberi kasus sesuai bahan ajar yang didapat. Kemudian dengan arahan fasilitator mahasiswa membagi diri dan secara bergantian memerankan tokoh dalam role play. Sementara itu mahasiswa lain mengelilingi kegiatan role play sambil mengamati dan mempelajari, untuk kemudian mereka diminta berkomentar dan berdiskusi, baik tentang cara/ tehnik pemeranan role play yang dilakukan teman2nya sesauai gejala klinis yang diperankannya, maupun tentang ilmu serta skill pemeriksaan gangguan Psikiatrik yang ditampilkan.

Metoda lain yang nantinya akan dipakai adalah dengan menggunakan artis profesional yang akan memerankan masing2 tokoh seputar kasus penderita dimana mahasiswa mencoba menggali gejala sebagai pemeriksa. Dan dilanjutkan dengan diskusi yang dibimbing fasilitator.

Adapun kasus yang ditampilkan diharapkan ada 13 kasus (bila waktu memungkinkan). Kasus2 yang ditampilkan sudah berupa skenario (*screen play*) diikuti dengan gambaran umum keadaan penderita. Kasus2 tersebut diambil dari kasus yang sering didapatkan di poliklinik Psikiatri serta sesuai dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia.

Dalam pemeriksaan psikiatri seringkali didapatkan gangguan kondisi medik umum (gangguan/penyakit fisik) yang dicurigai merupakan kausa gangguan psikiatriknya (GMO/Gangguan Mental Organik). Untuk itu mahasiswa diharapkan mampu mengusulkan pemeriksaan fisik atau penunjang yang diperlukan, atau mengusulkan konsul kepada disiplin departemen ilmu yang terkait.

Pada beberapa kasus seringkali didapatkan masalah psikososial yang menjadi faktor pencetus, mempengaruhi perjalanan penyakit, atau kemajuan penyembuhan atas gangguan yang dialami pasien, dimana masalah psikososial tersebut dicurigai ada tetapi tidak tertampilkan pada saat anamnesis. Untuk itu mahasiswa diharapkan peka akan hal ini dan kemudian mengusulkan agar dilakukan kunjungan rumah (*home visite*).

Agar mahasiswa mampu memberikan terapi medikamentosa pada pasien (termasuk cara menuliskannya dalam resep) maka pada kesempatan hari yang berbeda mereka dibimbing dalam kegiatan praktikum. Sedangkan psikoterapi pada pasien (dasar-dasar psikoterapi suportif dan *Cognitive Behaviour Terapi*) dibimbing saat kegiatan labskill sesauai kasus yang ditampilkan.

## Skill Pemeriksaan Psikiatrik

### Interaksi Penderita-Terapis

Dalam melakukan anamnesis psikiatrik kita harus *aware* bahwa penderita cenderung mempersepsikan bahwa:

- Terapis itu sangat terpercaya, oleh karena itu penampilan terapis harus meyakinkan.
- Terapis itu sabar, selalu siap menolong, jadi kita harus tampak “*welcome*” dan tersenyum
- Terapis itu adalah dokter, pengobat fisik, jadi seringkali keluhan penderita adalah keluhan fisik yang bila ditelusuri ternyata masalah psikis.

Hati2 dalam memeriksa penderita terjadi *transference/ transference distortion* (perasaan penderita yang muncul karena masalahnya sendiri dicurahkan ke dokter, bisa berupa murung, marah, ceria, curiga)., sehingga kita juga harus waspada menjaga perasaan kita untuk tidak terpancing melakukan *counter transference*, dimana kita membalas perasaan yang mereka lontarkan pada kita..

Hal penting selanjutnya adalah pemeriksa harus memunculkan sikap empati sejak awal pertemuan (pemeriksa cukup ‘mengerti’ apa yang dirasakan penderita), jgn sekali2 terbawa simpati (ikut merasakan perasaan mereka), sehingga kita sepanjang pemeriksaan akan toleran serta terbebas dari perasaan cemas dalam menghadapi penderita.

Juga seringkali dalam menghadapi penderita, terapis yang belum berpengalaman atau karena masalah waktu akan terburu2 memberi nasehat atau menuliskan resep. Hal ini jangan terjadi karena seringkali diagnosis yang sebenarnya justru tersimpulkan setelah wawancara berlangsung beberapa lama, atau penderita masih perlu waktu sebelum percaya sepenuhnya kepada pemeriksa utk mencurahkan permasalahan yang dideritanya.

### Cara Pemeriksaan Psikiatrik

Dalam pemeriksaan psikiatrik selalu dahulukan penderita, bukan keluarga/ pengantarnya, karena hal ini bisa menimbulkan kesan seolah2 ada “kongkalikong” antara dokter dengan keluarga penderita, terutama penderita2 paranoid, penyalah guna zat atau anak2/ remaja bermasalah perilaku.

Dalam memberikan keterangan, seringkali keluarga penderita menyembunyikan atau membelokkan informasi2 tertentu yang mungkin merupakan aib atau khawatir dipersalahkan. Jadi kita harus berhati2 adanya distorsi informasi ini.

Perhatikan juga perlunya tercipta situasi yg “aman” utk penderita. Ruangan periksa sebaiknya tertutup dan bersifat *private*, sehingga penderita merasa privasinya terjaga dan merasa aman, sehingga ia dengan leluasa bisa mengutarakan semua masalah dan perasaanny  
Jangan terlupakan pula bahwa pemeriksa hrs tampak penuh minat dan pengertian. Juga jangan bersikap atau berbicara sedemikian rupa sehingga harga diri penderita terkena. Usahakan anamnesis berjalan dengan spontan dimana penderita cerita sendiri tetapi dengan halus tetap

terpimpin oleh kita. Cara anamnesis pun harus fleksibel, tidak terkesan interogasi, dan disesuaikan dengan kondisi perasaan penderita.

Dalam memeriksa penderita kita jangan tergesa2 mendapatkan gejala atau diagnosis. Pujuk kepercayaan pelan2, sampai penderita bisa menyampaikan seluruh informasi yang kita perlukan untuk diagnosis. Pertanyaan2 yang kita lontarkan jangan bersifat menuduh, dan jangan sekali2 berdebat dengan mereka, karena sekali penderita defensif maka gagallah pemeriksaan kita.

Usahakan penderita2 akut segera diperiksa karena kondisi dan gejala yang muncul bisa cepat berubah.

## **Status Psikiatri**

1. Identifikasi
  - a. Nama
  - b. Jenis kelamin
  - c. Umur/ tgl lahir
  - d. Alamat
  - e. Pendidikan
  - f. Pekerjaan
  - g. Suku bangsa
  - h. Agama
  
2. Keluhan Utama:
  - a. Bisa dikeluhkan oleh penderita sendiri (umumnya kasus Neurotik/ non-psikotik):  
Penderita menyadari bahwa dia bermasalah (insight/ awarenensnya bagus) dan berinisiatif mencari pertolongan
  - b. Bisa dikeluhkan oleh keluarganya (umumnya kasus psikotik dan skizofrenia),  
Penderita tak menyadari bahwa ia sakit dan butuh pertolongan. Yang merasakan ada masalah adalah orang2 disekitarnya/ keluarganya.
  
3. Gangguan sekarang:
  - a. Bagaimana deskripsi gangguannya: bingung, gelisah, cemas, pemarah, pencuriga, menyendiri, sering murung.
  - b. Sejak kapan, akut atau kronis
  - c. Bagaimana sifat gangguan, adakah fluktuasi gejala, kesadaran berkabut?
  - d. Bagaimana insight/ awarenensnya terhadap thd gangguan
  - e. Pernah berobat kemana, medikasi apa yang pernah diberikan
  - f. Seberapa berat dampak pd diri/ lingkungan
  - g. Adakah hubungannya dg kondisi fisik (kasus GMO) atau / kejadian psikologis sebelumnya
  
4. Riwayat gangguan masa lalu:
  - a. Apakah pernah mengalami hal seperti ini sebelumnya
  - b. Adakah sakit mental lain sebelumnya

- c. Adakah sakit fisik, kronisitas, adakah factor keturunan
  - d. Pernah berobat kemana, dan medikasi apa yang pernah diberikan
5. Riwayat Pribadi:
- a. Bagaimana perkembangan fisik mental & gangguan yang dialami (sejak dalam kandungan)
  - b. Bagaimana hubungan sosialnya dengan orang lain
  - c. Sifat2 dasar penderita dan reaksi emosional khas penderita saat menghadapi stress emosional.
  - d. Apa bidang minat, kemampuan, ketrampilan yang dipunyai serta prestasi apa yang pernah dicapai
  - e. Pernah mendapatkan pengalaman2 penting apa dalam hidupnya
  - f. Bagaimana kepercayaan & tingkat fanatisme prnderita
6. Riwayat Keluarga:
- a. Orang tua: identitas lengkap, bagaimana sifat dasarnya, adakah kelainan mental/ fisik yg diderita orang tua tsb
  - b. Saudara: Sama dengan di atas, juga ditulis bagaimana susunan dlm keluarga
  - c. Adakah penyakit atau gangguan herediter dalam keluarga
  - d. Bila ada yg mengalami gangguan jiwa sebutkan jenis apa serta bagaimana riwayat pengobatannya

## **Pemeriksaan Psikiatris**

### 1. Kesan Umum

Bagaimana kesan sekilas pemeriksa thd penderita:

- Apakah sesuai usia,
- Bagaimana kebersihannya (apakah kotor, bersih, atau rapi berlebihan),
- Dandan/ penampilannya (apakah asal2an, jorok, ataukah berdandan menor?),
- Afek apa yang menonjol (apakah sedih, jengkel, kecewa, curiga, marah?), gelisahkah,
- Kooperatif atau tidak?, Cenderung agresif?.
- Bagaimana sifat komunikasinya?
- Dan hal lain yg menonjol

### 2. Komunikasi/ kontak

- Adakah kontak komunikasi? Lancarkah responsnya? Verbal ataukah /non-verbal, relevan dengan topik pembicaraan?

### 3. Kesadaran, orientasi & ingatan

- Bagaimana kesadarannya? Menurun? (GCS), ataukah GCS baik tapi kesadarannya berubah (“kacau” / tidak normal)
- Adakah disorientasi (terhadap waktu, tempat, atau orang)
- Adakah gangguan ingatan (remote memory, recent, immediate), adakah amnesia (retro/ anterograde amnesia), ataukah ditemuka paramnesia (misalnya deJaVu, konfabulasi)

#### 4. Mood dan Afek (dulu: Afek & Emosi)

- depresi
- cemas (mengambang, agitasi, panik)
- efori, elasi, eskaltasi, anhedonia, lonely
- dangkal, inappropriate, tak wajar
- labil
- apati
- ambivalensi afek
- marah, bermusuhan, curiga

#### 5. Psikomotor

- Melambat
  - hipokinesia, hipoaktif, sub stupor, stupor katatonik
  - katalepsi, fleksibilitas serea, katapleksi
  - negativisme
- Meningkatkan
  - hiperkinesia, hiperaktifitas
  - gaduh-gelisah katatonik
  - grimas, manerism, stereotypi, sikap aneh
  - ekhopraksia, ekholalia
  - otomatism, command otomatism
  - pd disosiasi: plegia, tremor, konvulsi, astasia-abasia
  - Verbigerasi, stuttering

#### 6. Proses Berpikir

- Bentuk Pikiran
  - Apakah non-realistis, ataukah autistis
- Arus Pikiran
  - Apakah "Flight Of Ideas (FOI)", asosiasi longgar, ataukah inkoherensi
  - Kecepatan bicaranya apakah lambat, atau bloking
  - Atau bias saja bicaranya cepat, logorhea, circumstantiality,
  - Adakah irrelevansi, clang association, neologism, afasia
- Isi Pikiran
  - Ekstasi, fantasi, fobi, obsesi, preokupasi, suicide ideas
  - Inadekuat (PTM), ideas of reffer, alienated, isolatif
  - Inferiority, guilty, pesimis, useless, physical overworry
  - Paranoid, waham

#### 7. Kemauan (willness)

- Bagaimana menjalankan hobinya, kegiatan sehari2, bahkan bagaimana *basic task* dilakukan (mandi, merawat diri, kebersihan lingkungan)

#### 8. Persepsi

- Adakah halusinasi, ilusi
- Adakah depersonalisasi, derealisasi
- Atau ditemukankah gangguan somatosensorik, atau psikosomatik

9. Intelegensi

- Bisa superior, dalam batas normal, borderline, debil, imbisil, atau bahkan idiot

10. Kepribadian

- Tipe kepribadian premorbid penderita sebelum gangguan:  
Apakah paranoid, skizoid, dissosial, emosional tak stabil, histrionik, anankastik, cemas/ menghindari, atau dependen

11. Insight/ Awareness (“Tilikan”): Menyadarikah bahwa ia mengalami gangguan

### **Pemeriksaan Penderita Yang Tidak Kooperatif**

Pemeriksa yang tak berpengalaman seringkali merasa frustrasi menghadapi penderita yang tak kooperatif atau bahkan diam membisu, sehingga tak jarang dalam status psikiatrik ditulis “Tak dapat diperiksa, penderita tak kooperatif”. Pemeriksa ini tak menyadari bahwa kondisi tak kooperatif itu merupakan gejala psikiatrik, yang harus segera direcord dalam rekam medis karena bisa saja besuoknya akan berubah gejala.

Untuk penderita seperti ini pemeriksaan dilakukan dengan skema Mayer-Gross, Slater & Roth.

#### Skema Mayer-Gross, Slater & Roth

1. Perhatikan reaksi Umum & sikap badan
  - Bagaimana penampilan, pakaian, gaya bicara penderita
  - Bagaimana perilaku/sikap penderita: spontan bebaskah? Marah? Merusak barang? Menurut? Curiga? Kaku? Sikap aneh?
  - Jika sikap kita rubah: bagaimana responnya?
2. Ekspresi Muka:
  - Apakah waspada, curiga, tegang, marah, benci, menggoda, acuh
4. Mata
  - a. Tertutup? Bila dibuka melawan?
  - b. Menatap tajam? Menghindar? Mencuri2 lihat? melirik orang lain? melihat keatas?
  - c. Reaksi bila diprovoke? Pupil?
5. Reaksi thd. sikap/ kata2 pemeriksa
  - a. Adakah command otomatism? Ekopraksia/ Ekolalia?
  - b. Jabat tangan? Gerakan pelan?
  - c. Reaksi thd tusukan jarum?
6. Reaksi emosi yang tampak
  - a. Bagaimana respons terhadap ucapan ttg. orang2/ hal2 istimewa penderita
  - b. Perubahan cara bernafas, mimik muka, air mata
  - c. Terhadap cerita2/ hal2 lucu
  - d. Terhadap rangsang mendadak: tepuk tangan, sinar lampu
7. Reaksi Otot
  - a. Ekstremitas kaku? Lemas?
  - b. Katalepsi? Negativisme? Kaku kuduk?

- c. Mulut tertutup? Ludah terkumpul/ meleleh?
- 8. Kecenderungan bicara
  - a. Adakah usaha berbicara, gerak bibir, berbisik
  - b. Gerakan kepala
  - c. Reaksi emosi yg menyertai
- 9. Tulisan
  - a. Beri kertas dan alat tulis
  - b. Penderita2 mild stupor akan mau menulis dpd bicara

Dengan mengamati tampilan roleplay dan pemeriksaan psikiatri yang diperankan teman-temannya, dan kemudian memberi masukan tentang pemeriksaan apa saja yang perlu ditambahkan pada masing-masing kasus yang ditampilkan, dilanjutkan dengan menuliskan status psikiatri, serta memahami diagnosis dan diagnosis banding, serta dilanjutkan dengan memahami cara memastikan diagnosis dan menyingkirkan diagnosis banding, yang kemudian pada kesempatan berbeda mahasiswa menjalani praktikum pengobatan medikamentosa psikiatrik, maka mahasiswa mempunyai ketrampilan:

#### ANAMNESIS

1. Autoanamnesis dengan pasien 4A
2. Alloanamnesis dengan anggota keluarga/orang lain yang bermakna 4A
3. Memperoleh data mengenai keluhan/masalah utama 4A
4. Menelusuri riwayat perjalanan penyakit sekarang/dahulu 4A
5. Memperoleh data bermakna mengenai riwayat perkembangan, pendidikan, pekerjaan, perkawinan, kehidupan keluarga 4A

#### PEMERIKSAAN PSIKIATRI

6. Penilaian status mental 4A
7. Penilaian kesadaran 4A
8. Penilaian persepsi orientasi intelegensi secara klinis 4A
9. Penilaian orientasi 4A 1
10. Penilaian intelegensi secara klinis 4A
11. Penilaian bentuk dan isi pikir 4A
12. Penilaian mood dan afek 4A
13. Penilaian motorik 4A
14. Penilaian pengendalian impuls 4A
15. Penilaian kemampuan menilai realitas (judgement) 4A
16. Penilaian kemampuan tilikan (insight) 4A
17. Penilaian kemampuan fungsional (general assessment of functioning) 4A
18. Tes kepribadian (proyektif, inventori, dll)

#### DIAGNOSIS DAN IDENTIFIKASI MASALAH

19. Menegakkan diagnosis kerja berdasarkan kriteria diagnosis multiaksial 4A
20. Membuat diagnosis banding (diagnosis differensial) 4A
21. Identifikasi kedaruratan psikiatrik 4A
22. Identifikasi masalah di bidang fisik, psikologis, sosial 4A
23. Mempertimbangan prognosis 4A

24. Menentukan indikasi rujuk 4A

#### PEMERIKSAAN TAMBAHAN

25. Melakukan Mini Mental State Examination 4A

26. Melakukan kunjungan rumah apabila diperlukan 4A

27. Melakukan kerja sama konsultatif dengan teman sejawat lainnya 4A

#### TERAPI

28. Memberikan terapi psikofarmaka (obat-obat antipsikotik, anticemas, antidepresan, antikolinergik, sedatif) 3

29. Electroconvulsion therapy (ECT) 2

30. Psikoterapi suportif: konselling

31. Psikoterapi modifikasi perilaku

32. Cognitive Behavior Therapy (CBT)

33. Psikoterapi psikoanalitik

34. Hipnoterapi dan terapi relaksasi

35. Group Therapy

36. Family Therapy

Kasus-kasus yang ditampilkan dalam roleplay skill lab:

1. Delirium
  2. Gangg. Psikotik Akut
  3. GMP (Gangguan Mental dan Perilaku) akibat intoksikasi zat stimulant
  4. Skizofrenia Paranoid
  5. Gangguan Afektif Bipolar Episoda kini Depresi (dengan keluhan somatik)
  6. Gangguan Afektif Depresi (Mono polar)
  7. Gangguan Afektif Bipolar Episoda kini Mania (dengan Psikotik)
  8. Skizofrenia Hebefrenik
  9. Gangguan Panik
  10. Gangguan Cemas Menyeluruh
  11. Gangguan Obsesi Kompulsi
  12. Gangguan Campuran Cemas – Depresi
  13. Gangguan Penyesuaian
-

## Lampiran

### Kasus2 Skill Lab

#### Kasus 1: Delirium

##### DD Gangg. Psikotik Akut

- Tn. D, 18 tahun, mahasiswa, diantar kakaknya ke poliklinik.
- (Dikeluhkan oleh kakaknya):
  - Sejak 2 hari merasa ketakutan: Merasa melihat makhluk hitam besar akan menerkam dan membunuhnya
  - Ia sering menunjuk2 ke suatu tempat sambil bicara “ Siapa kamu? Mau apa kamu? Apa salah saya? Apa salah keluarga saya?”
  - Malam tak bisa tidur, selalu mengoceh ketakutan
  - Keadaan “kacau” ini terjadi hilang timbul dalam sehari (malam gejala memburuk)
  - Tn. D sejak 2 minggu ini sakit typhoid. Badannya panas tinggi dan perutnya sakit serta mual. Sudah ke dokter dan disarankan opname tapi menolak. Ia diberi obat dan dicoba berobat jalan.

#### Artis:

- Penderita tak bisa mengenali saat ini berada di mana, tak menyadari siang atau malam.
- Ia juga tak mengenali kakaknya. Ia menganggap kakaknya adalah “bantuan gaib” yang akan menyelamatkannya dari maut
- Penderita tampak gelisah, cemas dan ketakutan
- Kadang2 bisa fokus pada pemeriksa kadang menjawab tak jelas, saat lain tampak mengantuk
- Saat ditanya apa keluhannya dijawab dg lemah “Nggak apa2..” “Cuma takut saja.. hanya masalah perasaan saja.. gak perlu ke dokter”
- Tiba2 penderita melihat ke tempat kosong dan menunjuk2: “kamu siapa? Apa maumu?.. Mau bunuh aku? Kakakku? Apa salah kami?...”
- Ditanya apa yang membuat ketakutan, dijawab dg mimik ketakutan: “Itu dok, ada makhluk besar hitam.. mau ngambil nyawa saya..”

#### Panduan:

#### Status Psikiatris:

Kesan Umum: Wajah sesuai usia, dandanan wajar, tak terlalu rapi, tampak gelisah, cemas, ketakutan, tak fokus dengan wawancara, kadang bisa menjawab, kadang somnolens.

Kontak/ komunikasi: +, hilang timbul

Kesadaran: Fluktuatif, berkabut (*Cloudy consciousness*)

Kemauan: Menurun

Afek/ emosi: Cemas, ketakutan (paranoid)

Psikomotor: Menurun

Proses Berpikir:

Bentuk pikiran: Non-realistis  
Arus pikiran: Lamban  
Isi pikiran: Waham paranoid

Persepsi: Halusinasi visual & auditorik

Intelegensi: Dalam batas normal

Insight (“tilikan”): Buruk

/ Daya nilai realitas

Catatan:

Deskripsi DD:

### 1. Delirium:

Khas didapatkan :

- Penyakit/ gangguan fisik yang mendasarinya
- Kesadaran fluktuatif (malam memburuk) & berkabut (sebentar baik sebentar “hilang”)
- Halusinasi visual menonjol (disamping halusinasi lainnya), umumnya isi halusinasi hal menakutkan
- Waham paranoid/ kejar
- Gangguan MAD (memory, Atensi, Disorientasi)

Terapi: 1.MRS

Cari dan diatasi gangguan fisik yang mendasari:

2.Medikamentosa: Atasi agitasi

- Haldol injeksi 0,5 – 2,5 mg iv, diulang tiap 4 jam

3. Psikoterapi suportif & manipulasi lingkungan:

- Ruangan tenang dg cahaya memadai
- Reorientasi: Kalender, jam dinding, identitas penderita, benda2 familier,
- Ditunggu orang2 yg dikenal

### 2. Gangguan Psikotik Akut (“lir” Skizofrenia Paranoid)

- Tak didapatkan penyakit/ gangguan fisik yang mendasarinya
- Kesadaran berubah (GCS baik tetapi tak normal/ tak wajar)
- Halusinasi auditorik menonjol (disamping halusinasi lainnya), umumnya isi halusinasi bisa apapun
- Waham bisa jenis apapun
- Relatif tak didapatkan Gangguan MAD (Memory, Atensi, Disorientasi)

Terapi: 1.Anti psikotik:

- Typical: Haloperidol dosis penuh: 2 x 5 mg
- Atypical: Risperidone 2 x 2 mg

2.Anti kolinergik: Trihexyphenidyl 2 x 2 mg (mencegah EPS: Extra Pyramidal Syndrome)

3.Psikoterapi & manipulasi lingkungan

## Kasus 2 : GMP (Gangguan Mental dan Perilaku) akibat intoksikasi zat stimulant DD Skizofrenia Paranoid

- Tn. A, 21, bujang, mahasiswa, suku Sunda, Islam, alamat Jl. Sutami Malang.
- Ke klinik diantar kakaknya.
- Keluhan (dikeluhkan oleh ayah penderita)

Tn. A tak mau masuk kuliah 1 bulan, cenderung menyendiri, sering tampak ketakutan. Sering lampu2 dimatikan, korden2 ditutup, bahkan kaca di kamarnya ditutup dengan koran dan diisolasi. Malam hari sering sulit tidur. Ia juga selalu membawa pisau didalam tasnya. Kadang ia tampak berbisik2 sendiri: “Saya nggak salah, kenapa saya diincar..”, “.. Banyak teman2 saya yang lain, mereka banyak terlibat, jangan saya..”

Belakangan ini ia menolak makan, hanya mau makan hasil masak dia sendiri. Penampilannya kurang rapi, mandi dan merawat diri cenderung kurang diperhatikan.

Ia anak tunggal, cenderung ramah, dan banyak berteman, pergaulannya luas mulai anak kuliah hingga diluar kampus. Sebelum mulai gangguan ia sering diajak teman2nya jalan bersama hingga larut malam. Selama 1 bulan ini dia tak mau lagi berkumpul teman2nya. Ia sering merasa curiga salah satu temannya adalah intel polisi yang akan menangkapnya. Keluarganya termasuk jenis “broken home” & tak ada riwayat keturunan gangguan jiwa. Ia juga tak mengalami sakit badan serius sebelumnya.

Artis:

Penderita tampak banyak diam, menjawab seperlunya

- Sering mengatakan “Sebenarnya saya gak ada masalah, kenapa kakak memaksa saya kesini”
- Yang banyak bercerita kakak penderita
- Mimik dan pandangan mata waspada dan curiga
- Penampilan tak rapi, agak kumal
- Bila pemeriksa mampu **ber empati, pandai mengambil hati & mampu mencairkan suasana hingga membuat penderita merasa aman dan nyaman**, penderita **sedikit2** bersedia cerita tentang apa yang ia alami, antara lain:
  - Sering merasa khawatir
  - Sering merasa curiga, ada komplotan yang selalu mengikuti dan akan mencelakai bahkan akan membunuh penderita
  - Kadang muncul suara2 di telinga penderita yang selalu mengingatkan penderita agar waspada
  - **Bila ditanya** (hanya bila ditanya) “Kenapa tak mau makan/ hanya makan yang dimasak penderita sendiri?”, dijawab: “Nggak apa2.. (berkali2).., **baru setelah pemeriksa pandai “mengejar”** ia menjawab “Masakan sendiri bebas racun”
  - Demikian juga tentang pisau yang dia bawa2 di tas: “Untuk berjaga-jaga..”

Panduan:

Status Psikiatris:

Kesan Umum: Wajah sesuai usia, dandanan wajar, tak terlalu rapi, tampak gelisah, cemas, ketakutan, selama anamnesis sering tidak menjawab karena cenderung menengok kanan kiri seperti berwaspada, memastikan tak ada yang mengawasinya.

Kontak/ komunikasi: +, terputus2

Kesadaran: Berubah

Kemauan: Menurun

Afek/ emosi: Cemas, ketakutan (paranoid)

Psikomotor: Meningkatkan

Proses Berpikir:

Bentuk pikiran:	Non-realistis
Arus pikiran:	Terputus2
Isi pikiran:	Waham paranoid ( <i>persecutory delusions</i> )

Persepsi: Halusinasi auditorik dan visual

Intelegensi: Dalam batas normal

Insight (“tilikan”): Buruk

/ Daya nilai realitas

Catatan:

Deskripsi DD:

#### 1. GMP Akibat intoksikasi Zat (stimulant):

Khas didapatkan :

- Perilaku penyalahgunaan zat:
  1. Sering keluar malam
  2. Kebutuhan uang berlebihan (minta2 uang, memaksa, mencuri, menjual barang)
  3. Teman2 penampilan “funky” (tattoo, piercing, rambut dicat, aksesoris “metal”, merokok)
  4. Sering menyendiri di kamar (karena sedang “memakai”, atau fase depresi krn withdrawal, atau fase paranoid)
  
- Gejala berfluktuatif sesuai kapan ia intoksikasi (euphor serta perilaku menyerupai mania atau paranoid saat intoksikasi zat, dan normal atau depresi saat withdrawal)
- Bisa terdapat halusinasi visual maupun auditorik, umumnya isi halusinasi hal paranoid spt merasa akan ditangkap polisi, dikhianati teman, dianiaya, atau dibunuh
- Waham paranoid/ kejar (*persecutory delusions*)
- Riwayat keluarga seringkali tak didapatkan skizofrenia
  
- Pemeriksa fisik didapatkan gejala intoksikasi:  
Tekanan darah meningkat, nadi meningkat, suhu meningkat, pupil midriasis
- Pemeriksaan lab toksikologi urin/darah: didapatkan amfetamin positif

Terapi: 1.MRS

1. Life saving procedures: ABC...:
  - Waspada kesadaran menurun (umumnya karena dehidrasi, kejang, hiperpireksia, stroke, gagal ginjal, aritmia jantung, DIC):
  - Terapi simptomatik (atasi panas, kejang, hipertensi, takikardi, stroke)
3. Medikamentosa:
  - Antidotum: asidifikasi urin: Ammonium klorida 6-8 x 500 mg
  - Atasi waham, halusinasi dan agitasi
    - Haldol 2 x 5 mg, atau Risperidone 2 x 2 mg, atau Clozapine 2 x 50 mg
    - Anti kolinergik: Trihexyphenidyl 2 x 2 mg (mencegah EPS: Extra Pyramidal Syndrome)
    - Bila sangat gelisah tambahkan Lorazepam 2 x 1-2 mg atau Alprazolam 2 x 0,5-1 mg
4. Psikoterapi suportif & manipulasi lingkungan:

## 2. Skizofrenia Paranoid

- Dari anamnesis:
  1. Tak didapatkan perilaku penyalahgunaan zat (keluar malam, penggunaan uang berlebih dsb)
  2. Gejala menetap (konstan): isi gejala: murni paranoid (tak ada fluktuasi dengan depresi atau menyerupai mania)
  3. Riwayat keluarga seringkali didapatkan skizofrenia (meski tak harus/ sering diingkari keluarga)
- Halusinasi auditorik menonjol (disamping kemungkinan kecil terdapat halusinasi lainnya), umumnya isi halusinasi sama: persecutory (paranoid)
- Pada pemeriksaan fisik tidak didapatkan peningkatan tensi, nadi, suhu, dan RR.
- Pupil tidak midriasis.
- Pada pemeriksaan toksikologi urin: didapatkan amfetamin negatif

Terapi: 1. Anti psikotik:

- Typical: Haloperidol dosis penuh: 2 x 5 mg
  - Atypical: Risperidone 2 x 2 mg
2. Anti kolinergik: Trihexyphenidyl 2 x 2 mg (mencegah EPS: Extra Pyramidal Syndrome)
  3. Psikoterapi & manipulasi lingkungan

### **Kasus 3 : Gangguan Afektif Bipolar Episoda kini Depresi (dengan keluhan somatik) DD Gangguan Afektif Depresi DD Skizofrenia Simpleks**

- Ny. A, 36 tahun, S1 Psikologi, staf administrasi Unibraw, domisili Malang, diantar adiknya dengan keluhan tak mau masuk kantor, bermalasan di kamar.

- Hal ini terjadi sejak 1 bulan yang lalu.
- Ia tak bergairah pergi bekerja, merasa tak ada gunanya bekerja, katanya toh masa depannya tidak jelas.
- Ia mengatakan bahwa ia sudah “kehabisan tenaga”. Dipaksa pun ia hanya bertahan sebentar di kantor lalu minta izin pulang karena merasa kelelahan.
- Belakangan ini ia tak mau lagi *shopping*, padahal dulu suka sekali menghabiskan waktu di mall.
- Ia juga beberapa kali menyatakan merasa bersalah terhadap kondisi ekonomi keluarga.
- Belakangan ia sering mengeluh perutnya panas, sering kembung, sehingga nafsu makannya berkurang.
- Tidur malam cukup, tapi perlu waktu lama untuk mulai bisa terlelap. Seringkali baru jam 12 malam ia bisa terlelap dan malam hari sering terbangun.
- Sekitar 9 bulan yang lalu pola hidupnya justru sebaliknya. Ia waktu itu begitu periang dan optimis. Keluarga sangat senang karena ia tampak sangat bergairah dalam hidup. Tapi makin lama kok rasa senangnya tampak berlebihan. Demikian juga perasaan optimisnya begitu melambung. Semua orang diceritakan tentang kesuksesannya, harapan2nya. Dia waktu itu begitu banyak ide, banyak bercerita. Begitu yakin tentang cerahnya masa depannya.

Sayangnya keadan menggembirakan ini tak berlangsung lama, hanya kira2 5 bulan, lalu ia menjadi normal sesaat dan 1 bulan terakhir ini menjadi seperti sekarang ini.

Artis:

Px tampak tak antusias dengan hadirnya dokter. Dia menyambut jabat tangan dokter dengan ogah2an, terkesan sangat lelah dan murung.

- “Gak tahu Dok, saya merasa gak ada gunanya saya di sini, buat apa?”
- “Yang saya butuhkan saat ini hanya istirahat.. saya sangat lelah, saya tak cukup tenaga untuk berada disini berlama2”
- Ditanya tentang tak bekerja: “ Saya merasa pekerjaan saya tak menghasilkan apa2, percuma saya bekerja. Lagian saya lelah, sulit bagi saya menyelesaikan tugas2 saya. Daripada saya merepotkan banyak orang dan mengecewakan atasan saya, lebih baik saya mundur saja...”
- “Saya tidak mengerti kenapa saya jadi loyo begini, ingin saya tiduur saja, tapi tidak bisa saya tidurkan mata ini.., entahlah dok..”

Panduan:

Status Psikiatris:

Kesan Umum: Dandanannya tak terlalu rapi, tampak murung, tak antusias dengan wawancara, menjawab dengan lamban dan bersuara lirih.

Kontak/ komunikasi: +, lamban

Kesadaran: Dalam batas normal

Kemauan: Menurun

Afek/ emosi: Depresif (murung, sedih)

Psikomotor: Menurun

Proses Berpikir:

	Bentuk pikiran:	Realistis
	Arus pikiran:	Lamban
	Isi pikiran:	Preokupasi rasa bersalah, rasa tak berguna
Persepsi:	Dalam batas normal	
Intelegensi:	Dalam batas normal	
Insight (“tilikan”):	Baik	
/ Daya nilai realitas		

Catatan:

Deskripsi DD:

1. Gangguan Afektif Bipolar Episoda kini Depresi:

Khas didapatkan periode mania beberapa bulan sebelumnya (kondisi kebalikan dari episode depresi)

Terapi: 1. Antidepresan:

- SSRI: Fluoxetine 1 x 20 mg, Sertraline 1 x 50 mg
- Triksiklik: Amitriptyline 2 x 25 mg, Imipramine 2 x 25 mg

2. Mood stabilizer:

- Carbamazepine: 2-3 x 200 mg
- Lithium Carbonate: 2-3 x 250 mg

3. Psikoterapi & manipulasi lingkungan

2. Gangguan afektif depresi:

Hanya depresi “monopolar” (single) saja, tanpa ada riwayat mania

Terapi: 1. Antidepresan:

- SSRI: Fluoxetine 1 x 20 mg, Sertraline 1 x 50 mg
- Triksiklik: Amitriptyline 2 x 25 mg, Imipramine 2 x 25 mg

2. Psikoterapi & manipulasi lingkungan

3. Skizofrenia Simpleks:

Kesan Umum: Dandanannya tak terlalu rapi, tampak tak antusias dengan wawancara, menjawab dengan lamban dan kadang acuh pada pemeriksa

Kontak/ komunikasi: +, lamban, kadang bloking

Kesadaran: Berubah

Kemauan: Menurun

Afek/ emosi: Dangkal

Psikomotor: Menurun

Proses Berpikir:

Bentuk pikiran: Non-Realistis, autistik

Arus pikiran: Lamban, bloking

Isi pikiran: *Poverty of ideas* (kemiskinan ide)

Persepsi: Sulit dievaluasi (kemungkinan halusinasi +)

Intelegensi: Dalam batas normal

Insight (“tilikan”): Buruk

/ Daya nilai realitas

Terapi:

1. Antipsikotik:

1. Risperidone 2 x 2 mg
  2. Clozapine 2 x 25 - 50 mg
  3. Haloperidol 2 x 5 mg
  4. Trifluoperazine 2 x 5 mg
2. Anti kolinergik: Trihexyphenidyl 2 x 2 mg (mencegah/ mengatasi EPS: Extra Pyramidal Syndrome)

3. Psikoterapi & manipulasi lingkungan

#### **Kasus 4 : Gangguan Afektif Bipolar Episoda kini Mania (dengan Psikotik) DD Skizofrenia Hebefrenik**

- Tn. A, 43 tahun, diantar keluarganya dengan keluhan sejak 1 bulan sulit tidur malam.
- Sering pergi ke rumah teman2nya, ngajak **ngobrol** hingga larut malam, bahkan kadang2 pulang pagi. Kalau bicara selalu dg riang dan bicaranya cepat, mudah berganti2 ide. Teman2nya sering mengeluh terganggu karena jadi sulit istirahat, meskipun mereka mengakui terkadang suka juga karena **penderita sangat royal membelikan banyak makanan dan tak jarang memberi uang cukup banyak** (hingga ratusan ribu).
- Di rumahpun penderita tak tidur seharian, betah **bercerita tentang usahanya yang sukses** serta **pandangan2 hidupnya yang sangat positif dan penuh percaya diri**.
- Dia bahkan belakangan ini cenderung **berbohong**, meyakinkan semua orang bahwa **uangnya banyak sekali** di BCA.  
Hal ini terjadi sejak satu bulan yang lalu.
- Sekitar satu tahun yang lalu ia pernah berkelakuan seperti ini, dimana setelah 6 bulan sembuh sendiri, tapi lalu satu bulan berikutnya **berubah sikap menjadi penyendiri, malas keluar rumah, merasa bersalah terhadap menurunnya ekonomi keluarga, merasa sedih dan tak berguna** dalam keluarga, dan sempat 1 bulan **tak mau kerja dengan alasan lemas** tak bertenaga.
- Belum pernah diobatkan ke dokter karena keluarga merasa tingkah-lakunya dibuat2 untuk mencari perhatian saja.

Artis:

Penderita tampak **sangat percaya diri, banyak bicara, bicaranya cepat, penuh senyum pongah & sombong**.

- Setelah berbasa-basi sebentar dan perkenalan dengan pemeriksa:
- “Dokter tampaknya senang bisnis ya?”  
“Saya bisa bantu dok, mendapatkan modal, mau yang kecil2an atau langsung besar?”  
“Saya punya banyak teman di bank, mau BCA, Mandiri, atau bank Jatim? atau BRI?”  
“Kalau dokter tidak berkenan kredit, saya bisa kasih dulu cash dok, gampang ntar itung2annya..”, “.. Atau mau saya kasih cek sekarang?.. “

Sesaat kemudian topik berganti “ Jepang itu sukses karena orang2nya giat kerja dok, mereka tak mudah lelah, makanya meskipun jatuh tapi cepat bangunnya. Saya suka sekali dengan cara berpikir mereka. Sayapun meniru cara kerja mereka, makanya saya sukses seperti ini dok”

Lalu ganti topik lagi “Kalau cari mobil hubungi saya dok, saya beri harga separuhnya, mau Mercy, BMW, Volvo.. Kalau dokter mau saya bisa bantu bayar uang mukanya dok, gampang diatur.. “

Lalu ganti lagi “Saya itu banyak sekali teman2 pengusaha kakap dok, Bill Gates itu kawan dekat saya, kalau dokter butuh program2 komputer canggih bilang saya, nanti saya kontak Gates”

..... Makin lama bicara penderita semakin sombong dan memamerkan kekayaannya yang berlimpah (yang tak benar adanya).

Selama anamnesis penderita kadang komat-kamit berbisik “ iya, iya.. okay..”, tampaknya sibuk “berkomunikasi” dengan halusinasi auditoriknya.

Panduan:

Status Psikiatris:

Kesan Umum: Bersih, sangat rapi, bahkan berdandan berlebihan. Penderita penuh semangat menceritakan ide2nya, bahkan cenderung mendominasi pembicaraan. Raut mukanya tampak riang dan optimis.

Kontak/ komunikasi: +, sangat aktif/ berlebihan, verbal, relevan,

Kesadaran: Berubah

Kemauan: Meningkatkan

Afek/ emosi: Euphor, bahkan elasi

Psikomotor: Meningkatkan

Proses Berpikir:

Bentuk pikiran: Non- realistis

Arus pikiran: *Logorhoea, flight of ideas*, bicara cepat (*racing speech/thought*)

Isi pikiran: Waham kebesaran (*megalomaniac delusion*)

Persepsi: Halusinasi auditorik ttg kebesaran

Intelegensi: Dalam batas normal

Insight (“tilikan”): Buruk

/ Daya nilai realitas

Catatan:

Deskripsi DD: (Yang dibahas hanya perbedaan gejala gambaran klinis. Diluar yg dibawah ini tak dibahas karena sama pada kedua DD)

**Mania:**

1. Kesan Umum: Bersih, sangat rapi, berdandan berlebihan. Penuh semangat

- menceritakan ide2nya, bahkan mendominasi pembicaraan. Raut mukanya riang dan optimis.
2. Kontak/ komunikasi: +, **sangat aktif**, berlebihan, verbal, relevan,
  3. Kemauan: Meningkatkan
  4. Afek/ emosi: Euphor, bahkan elasi
  5. Psikomotor: Meningkatkan
  6. Proses Berpikir:
    - Arus pikiran: *Logorhoea, flight of ideas*, bicara cepat (*racing speech/thought*)
    - Isi pikiran: Waham kebesaran (*megalomaniac delusion*)

Terapi:

1. Bila sangat agitasi/ membahayakan/ menghambur2kan uang: MRS
2. Anti psikotik:
  - Typical: Haloperidol dosis penuh: 2 x 5 mg
  - Atypical: Risperidone 2 x 2 mg
3. Anti kolinergik: Trihexyphenidyl 2 x 2 mg (mencegah/ mengatasi EPS: Extra Pyramidal Syndrome)
4. Mood stabilizer:
  - Carbamazepine: 2-3 x 200 mg
  - Lithium Carbonate: 2-3 x 250 mg
5. Psikoterapi & manipulasi lingkungan

**Skizofrenia Hebefrenik:**

1. Kesan Umum: Kotor, bahkan bau, bisa komat-kamit atau senyum2/ tertawa2 sendiri, atau bersikap meremehkan atau menggoda pemeriksa.
2. Kontak/ komunikasi: Bisa relevan, bisa irrelevan, atau bloking atau bisa bicara sendiri
3. Kemauan: Menurun (tak mandi, tak melakukan tugas sehari2 dg baik)
4. Afek/ emosi: Bisa inadekuat, bisa tampak *silly* (bodoh)
5. Psikomotor: Bisa meningkat, atau menurun
6. Proses Berpikir:
  - Arus pikiran: Bisa asosiasi longgar, inkoherensi, bloking, atau *clang association* (bicara bersajak, misal: “saya suka sepatu, seperti punya ibu, tentu berwarna biru, beli di pasar baru”)
  - Isi pikiran: Waham bizar (misal: “Saya titisan nabi”, atau “Saya berhak dapat hadiah nobel”, atau “Anjing kencing miring berarti isteri saya selingkuh”)

Terapi:

1. Bila sangat agitasi/ membahayakan: MRS
2. Anti psikotik:
  - Typical: Haloperidol dosis penuh: 2 x 5 mg
  - Atypical: Risperidone 2 x 2 mg
3. Anti kolinergik: Trihexyphenidyl 2 x 2 mg (mencegah/ mengatasi EPS: Extra Pyramidal Syndrome)
4. Psikoterapi & manipulasi lingkungan

## **Kasus 5 : Gangguan Panik DD Gangguan Cemas Menyeluruh**

Nn. S, 21 tahun, mengeluh 2 bulan ini ia menjadi penakut. Ia selalu takut dan khawatir akan terjadi hal2 yang mengganggu kesehatan bahkan menyebabkan kematiannya. Ia khawatir jika ketika di keramaian dimana tak ada orang yang dikenal akan mendadak “terserang” kejadian seperti sebelumnya, yaitu tiba2 jantungnya berdebar sangat kencang, banyak keringat dingin, dan nafasnya tiba2 terasa sesak dan berat. Ia waktu itu begitu ketakutan, merasa ajal akan datang.

Sejak kejadian itu ia selalu menghindari keramaian. Begitu takutnya sampai ia memilih sehari2 tak keluar rumah kecuali ada keperluan yang amat sangat. Ia sangat khawatir kalau ia keluar rumah tiba2 serangan datang dan tak ada yang bisa menolongnya. Ia mau keluar rumah asalkan benar2 ada keperluan mendesak dan ada yang menemani.

Artis:

Px tampak tegang dan cemas. Selama anamnesis ia memegang tangan temannya dengan erat. Ia tampak sangat berharap dokter bisa memberi pertolongan.

Setelah berkenalan dengan dokter, Nn. S dengan cemas mulai bercerita:  
” Saya tersiksa dok, hidup saya penuh dengan kekhawatiran”.

Dokter kemudian menenangkannya dan meminta Nn. S menceritakan pelan2 ttg masalahnya.

“ Saya jadi tak suka keluar rumah dok, bahkan belakangan ini kuliahpun saya tinggalkan”

“ Saya merasa di rumah aman dan tenang”

“ Saya khawatir saat di luar rumah saya mengalami hal seperti yang sudah2”

Hal yang sudah2 bagaimana?

“ Waktu itu saya di mall dengan teman, tiba2 saya mengalami hal yang sangat menakutkan.

“Pandangan mata mendadak berkunang2 dan menjadi makin gelap, dada berdebar keras, dan nafas saya jadi pendek, tersenggal2 dan sesak. Banyak berkeringat dingin di sekujur tubuh”

“ Saya yakin saat itu ajal akan datang”

Lalu apa yang terjadi?

“ Saya jatuh dan hampir tak sadar. Lalu dibawa teman2 ke IRD”

“ Di IRD saya ketakutan sekali saat menunggu dokter datang. Khawatir jika terlambat dilakukan penanganan dokter maka saya tak tertolong lagi”.

“ Saya minta dilakukan berbagai macam pemeriksaan, mulai lab lengkap, ECG, rontgen, USG sampai CT scan”

“Dokter sempat menduga serangan jantung, tapi ternyata semua hasil normal”

“ Sejak itu saya sangat takut terulang kembali serangan seperti itu. Makanya sekarang saya sedapat mungkin menghindari keluar rumah. Bahkan bekerjapun sering tak masuk. Hanya mau bila benar2 ada keperluan mendesak, dan itupun musti ada yang menemani. Khawatir tiba2 muncul serangan dan tak ada yang bisa menolong.

Panduan:

Status Psikiatris:

Kesan Umum: Bersih, rapi. Penderita tampak semangat menceritakan apa yang dialaminya, tapi dengan raut muka sedih, cemas dan khawatir.

Kontak/ komunikasi: +, verbal, relevan, lancar

Kesadaran: Dalam batas normal

Kemauan: Menurun

Afek/ emosi: Cemas, depresif

Psikomotor: Dalam batas normal

Proses Berpikir:

Bentuk pikiran:	Realistis
Arus pikiran:	Dalam batas normal
Isi pikiran:	Preokupasi serangan panik ulangan

Persepsi: Dalam batas normal

Intelegensi: Dalam batas normal

Insight (“tilikan”): Baik

/ Daya nilai realitas

Catatan:

Deskripsi DD:

Gangguan panik:

- Penderita sangat khawatir **pada symptom fisiknya** (berdebar2, sesak, nyeri dada, rasa tercekik), sehingga selalu menduga terkena gangguan jantung atau gangguan fisik serius lain, bahkan menduganya sebagai gejala **kematian** atau merasa “akan menjadi gila”
- Serangan panik muncul hampir serupa dengan gangguan cemas tetapi jauh lebih “kuat” dan symptom fisiknya sangat menonjol serta menakutkan.
- Munculnya serangan hanya sekali2 dalam sebulan atau lebih jarang dan durasinya hanya sebentar, umumnya 10 menit.
- Diluar serangan penderita sangat preokupasi (pikirannya terpaku, selalu khawatir) munculnya serangan ulangan (*antisipatoric anxiety*)
- Terjadi agorafobia: penderita takut ke tempat2 dimana tak ada/sulit jalan keluar.
- Penderita menjadi “*house bound*”: ingin selalu di rumah, khawatir kalau di luar rumah sendirian muncul serangan dan tak ada yang bisa menolong. Jadi penderita hanya mau keluar rumah kalau ada yang menemani.
- Kualitas hidup penderita menjadi sangat menurun: penderita tak mau bersosialisasi, bahkan tak mampu bekerja. Tak jarang terjadi perceraian.

Terapi:

1. Benzodiazepine (didahulukan sebelum Antidepresan & tapering off setelah 2 minggu – 1 bulan)
  - Alprazolam 2 x 0,5-1 mg
  - Clobazam 2 x 5-10 mg
2. Antidepresan:

- SSRI: Fluoxetine 1 x 20-40 mg, Sertraline 1 x 50-100 mg
  - Triksiklik: Amitriptyline 2 x 25 mg, Imipramine 2 x 25 mg
3. Psikoterapi CBT & manipulasi lingkungan

**Gangguan Cemas Menyeluruh:**

- Penderita khawatir terhadap **symptom psikisnya** (perasaan cemas, khawatir, was2 berlebihan terhadap hal2 yang disadarinya tak perlu dicemaskan)
- Symptom yang dominan psikis ini tak se"keras" serangan panik, dan symptom fisiknya (berdebar, keringat dingin, tremor) tak terlalu menonjol seperti serangan panik.
- Munculnya serangan hampir sepanjang hari, kekuatan gejala jauh lebih ringan dibanding gangguan panik, tetapi berlangsung sepanjang hari dan menahun.
- Tak terjadi agorafobia maupun *house bound*.
- Kualitas hidup penderita juga menurun tetapi tidak seburuk gangguan panik karena penderita masih bisa beraktifitas dan bekerja meski tak sesempurna keadaan sehat.

**Terapi:**

1. Antidepresan (didahulukan sebelum benzodiazepine)
  - SSRI: Fluoxetine 1 x 20 mg, Sertraline 1 x 50 mg
  - Triksiklik: Amitriptyline 2 x 25 mg, Imipramine 2 x 25 mg
2. Benzodiazepine (hanya bila perlu/ dosis kecil dan segera tapering off setelah 1-2 minggu)
  - Alprazolam 2 x 0,5-1 mg
  - Clobazam 2 x 5-10 mg
3. Psikoterapi CBT & manipulasi lingkungan

**Kasus 6 : Gangguan Obsesi Kompulsi ( relatif tak ada DD karena gambaran klinis khas)**

Tn. D, 36 tahun, mengeluh hidup ini melelahkan. Ia mengatakan bahwa ia lelah karena "mudah lupa". Ia mengatakan bahwa setiap kali dia selalu merasa lupa apakah dia telah selesai melakukan hal yang harus dia lakukan. Misalnya apakah sudah minum obat vitamin C rutinnnya padahal baru saja diminumnya, atau apakah mesin mobilnya sudah dipanaskan pagi hari padahal sudah dia lakukan sebelum dia mandi pagi. Saat berolah raga fitness pun dia sering tidak yakin apakah satu jenis latihan sudah cukup dilakukan jumlah repetisinya. Sehingga ia harus melakukan lagi hal2 yang ia anggap dilupakan tadi untuk meyakinkannya. Kalau tak dilakukan ia begitu tersiksa dan tak nyaman memikirkan hal itu. Hal ini sangat mengganggu karena waktunya jadi banyak terbuang percuma. Ia sudah berusaha menghilangkan atau mengalihkan pikiran2 itu, tapi tak mampu.

**Artis:**

Penderita tampak kurus tapi atletis, raut muka sedih dan lelah.

Setelah berkenalan dengan dokter dan dokter menanyakan "Apa yg bisa dibantu?", iapun bercerita dengan nada putus asa:

- "Hidup ini melelahkan bagi saya dok"

- “Saya ini mudah lupa”
- “Setiap kali saya selalu memikirkan, apakah sudah menyelesaikan hal2 rutin harian saya?”
- “ Sesudah minum vit. C pagi, setengah jam kemudian saya lupa, apakah sudah minum atau belum? Saya kepikiran sekali dok, jadinya ya biar tidak cemas saya minum lagi utk memastikannya”
- “Memanasi mesin mobil pagi pun begitu, setelah saya panaskan mesin dan saya matikan, lalu saya tinggal mandi, setelah mandi saya kepikiran merasa lupa belum memanaskan mesin, jadi saya sempat2kan memanaskan mesin lagi sebelum berangkat ke kantor”

Bukankah mudah mengingat2 hal sepele seperti itu? Apalagi bila itu kegiatan rutin harian?

- “Tampaknya memang sepele dok, tapi saya tak cukup pandai mengingatnya, jadi pasti lupa dan menjadi tersiksa karena memikirkan nya terus2an.
- Bagaimana bila anda coba melupakan saja, “dicuekin aja”
- “Pernah saya coba dok, saya abaikan, tetapi makin kepikiran dan cemas. Sehari2 gak bisa melakukan apa2. Jadi supaya saya lega ya saya lakukan saja dok, baru tenang hati ini”

Kalau hanya masalah sehari2 begitu anda bukankah mampu mengatasinya? Maksudnya dengan mengulang kembali hal2 rutin itu anda kan tetap masih bisa melakukan kegiatan rutin?

- “Kadang2 bisa teratasi sih dok, masalahnya belakangan saya sudah sangat terganggu. Waktu saya habis jadinya. Yang paling menyiksa saat saya fitness dok, setelah menyelesaikan satu jenis latihan angkat besi, dan saya siap bergeser ke latihan jenis lainnya, saya masih kepikiran jangan2 yang tadi belum cukup jumlah angkatannya, sehingga saya terpaksa dengan berat hati dan lelah melakukan lagi dari awal”
- “Duh, saya sangat tersiksa dok”

Panduan:

Status Psikiatris:

Kesan Umum: Bersih, rapi, berdandan normal. Penderita tampak lelah dan menderita. Raut mukanya tampak sedih sertacemas. Ia dengan bersemangat menceritakan perasaan tak nyamannya

Kontak/ komunikasi: +, lancar, verbal, relevan

Kesadaran: Dalam batas normal

Kemauan: Dalam batas normal

Afek/ emosi: Cemas, depresif

Psikomotor: Kompulsif

Proses Berpikir:

Bentuk pikiran:Realistis

Arus pikiran: Lancar, relevan

Isi pikiran: Obsesif.

Preokupasi kelelahan dan menghabiskan waktu akibat obsesi kompulsinya.

Persepsi: Dalam batas normal

Intelegensi: Dalam batas normal

Insight (“tilikan”): Baik  
/ Daya nilai realitas

DD: Tak ada, krn gejala sangat khas:

- Pikiran, impuls, gambaran yang mendesak dan berulang2
- Bersifat egodystonic (isi pikiran tsb tak menyenangkan buat penderita)
- Berusaha dihilangkan atau ditekan atau dialihkan tapi tidak bisa
- Menghabiskan waktu (*time consuming*)
- Menyebabkan distres dan hendaya fungsi sosial

Terapi:

1. Antidepresan dosis relative besar (didahulukan sebelum benzodiazepine)
  - SSRI: Fluoxetine 1 x 20-60 mg, Sertraline 1 x 50-150 mg
  - Triksiklik: Amitriptyline 2 x 25-75 mg, Imipramine 2 x 25-75 mg
2. Benzodiazepine (hanya bila perlu/ dosis kecil dan segera tapering off setelah 1-2 minggu)
  - Alprazolam 2 x 0,5-1 mg
  - Clobazam 2 x 5-10 mg
3. Bila perlu: kombinasi neuroleptikadosis kecil:
  - Risperidone 2 x 1-1,5 mg
  - Haloperidol 2 x 2-4 mg
4. Psikoterapi CBT & manipulasi lingkungan

### **Kasus 7 : Gangguan Cemas Menyeluruh DD Gangguan Campuran Cemas Depresi DD Gangguan Penyesuaian**

Ny. T, 40 tahun, mengeluh sering merasa was2. Ia selalu saja mengeluhkan perasaannya yang tak nyaman karena seringkali mengkhawatirkan hal2 yang tak seharusnya. Saat suaminya terlambat pulang kantor ia khawatir “Jangan2 terserang stroke di jalan”. Saat adiknya telpon agak malam ia sudah menduga “Jangan2 adiknya terkena serangan jantung”. Demikian juga saat2 lain seperti anaknya terlambat pulang sekolah “Jangan2 kecelakaan“. Atau saat ada ambulance melintas ia sudah khawatir jangan2 yg sakit atau meninggal adalah anggota keluarganya.

Lebih tak nyaman lagi, saat bangun pagi ia berdebar2, banyak keringat dingin, kadang2 muncul tremor pada kedua tangannya.

Ia sangat sedih dan tersiksa dengan keadaan ini, melelahkan dan terasa hidupnya tidak berkualitas.

Hal ini sudah lama terjadi, lebih kurang 5 tahun.

Setelah berkenalan dengan dokter dan dokter menanyakan “Apa yg bisa dibantu?”, iapun bercerita dengan nada sedih. Penderita tampak depresif,

- “ Dok, hidup saya terasa sangat tak nyaman”
- “Saya setiap saat khawatir. Hal2 yang tak seharusnya dikhawatirkan tetap saja saya mengkhawatirkannya”

- “Mau ke kantor, khawatir nanti tak mampu mengerjakan tugas. Khawatir mengecewakan atasan”
- “Mau menghadiri rapat, khawatir tak bisa menangkap isi rapat. Khawatir ditanya2 dan tak mampu menjawab. Khawatir disuruh jadi notulen dan tidak bisa melakukan dg benar”
- “Saya juga sering tiba2 berdebar2, banyak keringat dingin, kadang2 muncul gemetar pada kedua jari2 tangan saya”
- “Malam sering sulit tidur, atau sering terbangun sendiri dengan dada berdebar2, berkeringat dingin dan perasaan tidak nyaman”
- “ Saya sangat sedih dan tersiksa dengan keadaan ini, melelahkan dan terasa hidup ini tidak berkualitas”

Panduan:

Status Psikiatris:

Kesan Umum: Bersih, rapi, berdandan secukupnya. Penderita tampak lelah dan menderita. Raut mukanya tampak cemas dan sedih. Ia dengan antusias dan panjang lebar menceritakan perasaan cemasnya

Kontak/ komunikasi: +, lancar, verbal, relevan

Kesadaran: Dalam batas normal

Kemauan: Dalam batas normal

Afek/ emosi: Cemas, depresif

Psikomotor: Dalam batas normal

Proses Berpikir:

Bentuk pikiran: Realistis

Arus pikiran: Lancar, relevan

Isi pikiran: Preokupasi (pikiran terpaku) cemas, kekhawatiran

Persepsi: Dalam batas normal

Intelegensi: Dalam batas normal

Insight (“tilikan”): Baik

/ Daya nilai realitas

Catatan:

Deskripsi DD

- Gangguan Cemas Menyeluruh:  
Penderita mengalami symptom2 cemas spt diatas hampir setiap hari dalam waktu yg sangat lama bahkan seumur hidup
- Gangguan Campuran Cemas – Depresi:  
Penderita mengalami symptom2 cemas spt diatas, **bersamaan dengan munculnya symptom depresi** dalam derajat yang sama.
- Gangguan Penyesuaian:

Penderita mengalami symptom2 cemas spt diatas, atau bisa depresi, atau insomnia atau gejala psikiatris neurotik lain **tapi didahului oleh peristiwa2 stressful berat antara 1 – 6 bulan sebelumnya.**

Terapi:

1. Antidepresan (didahulukan sebelum benzodiazepine)
  - SSRI: Fluoxetine 1 x 20 mg, Sertraline 1 x 50 mg
  - Triksiklik: Amitriptyline 2 x 25 mg, Imipramine 2 x 25 mg
2. Benzodiazepine (hanya bila perlu/ dosis kecil dan segera tapering off setelah 1-2 minggu)
  - Alprazolam 2 x 0,5-1 mg
  - Clobazam 2 x 5-10 mg
3. Psikoterapi CBT & manipulasi lingkungan

### **Tugas Kelompok Skill Lab:**

1. Mahasiswa diberi tugas untuk mencari bahan dari internet dan *disarikan singkat* dalam power point dengan topik:

Kelompok 1: Delirium

Gangg. Psikotik Akut

Kelompok 2: GMP (Gangguan Mental dan Perilaku) akibat intoksikasi zat stimulant

Skizofrenia Paranoid

Kelompok 3: Gangguan Afektif Bipolar Episoda kini Depresi (dengan keluhan somatik)

Gangguan Depresi

Kelompok 4: Gangguan Afektif Bipolar Episoda kini Mania (dengan Psikotik)

Skizofrenia Hebefrenik

Kelompok 5 Gangguan Panik

Gangguan Cemas Menyeluruh

Kelompok 6: Gangguan Obsesi Kompulsi ( relatif tak ada DD karena gambaran klinis khas)

Kelompok 7: Gangguan Cemas Menyeluruh

Gangguan Campuran Cemas – Depresi

Gangguan Penyesuaian

2. Secara bergantian tiap wakil kelompok mempresentasikan topik-topik di atas. Kemudian didiskusikan dengan dibimbing dosen pembimbing skill lab.
3. Masing-masing kelompok menunjuk wakil yang akan berperan dalam *role play*, dimana mahasiswa diminta berperan menjadi penderita, keluarga penderita dan sebagai pemeriksa secara bergantian. Sementara itu mahasiswa lain mengelilingi kegiatan role play sambil mengamati dan mempelajari, untuk kemudian mereka diminta berkomentar dan berdiskusi, baik tentang cara/ tehnik pemeranan role play yang dilakukan teman2nya sesuai gejala klinis yang diperankannya, maupun tentang ilmu serta skill pemeriksaan gangguan psikiatrik yang ditampilkan (mereka mengkritisi dan memberi komentar/ masukan pada pemeran pasien dan keluarga pasien bahwa gejala tertentu kurang/ belum tertampilkan, dan

mengkritisi /memberi masukan pada pemeriksa tentang anamnesis atau pemeriksaan apa yang belum dilakukan).

4. Dari observasi serta diskusi yang didapat dari role play masing-mahasiswa diminta membuat status psikiatri.
5. Setiap hari ditampilkan dan dibahas 2 kasus dan 2 diagnosis banding dari kasus-kasus di atas, sehingga mahasiswa diharapkan menjadi trampil dalam skill pemeriksaan psikiatrik, membuat assessment, menuliskan status psikiatri dan memahami cara memastikan diagnosis utama dan menyingkirkan diagnosis banding dari masing-masing kasus.