



Kegawatdaruratan Psikiatri (BUNUH DIRI)

Dr Marintik Ilahi, SpKJ



Kedaruratan Psikiatri adalah gangguan akut dari perilaku, pikiran, mood dari pasien yang apabila tidak diterapi akan menyebabkan BAHAYA untuk diri sendiri maupun orang di sekitarnya

WHO 2011

- Rata-rata angka Bunuh Diri di Indonesia dilaporkan mencapai 1,6-1,8 per 100 ribu penduduk.
- Paling tidak terdapat rata-rata insididen BD sebanyak 160 kasus/ tahun atau sekitar 10 kejadian BD/ bulan.
- Rata-rata BD di Indonesia memang jauh lebih rendah dibandingkan dengan rata-rata kejadian BD di dunia yang mencapai 10 / 100 ribu penduduk.

Penyebab bunuh diri di Indonesia

1. Tingkat pengangguran ↑
2. Tingkat kemiskinan ↑
3. Mahalnya biaya hidup
4. Gangguan mental: psikotik, depresi, retardasi mental berat, gangguan kepribadian
5. Masalah ekonomi (terbelit hutang, bangkrut, gagal panen)

Model Bunuh Diri

1. 41% dengan cara gantung diri
2. 21% dengan cara minum insektisida
3. 38% dengan cara lain:
 - Overdosis
 - Lompat atau terjun
 - Menembak diri
 - Menyayat pembuluh darah

BUNUH DIRI

- ◆ Bunuh diri adalah percobaan yg dilakukan seseorang untuk mengakhiri emosi, perasaan dan pikiran yg tak dapat ditoleransi lagi
- ◆ Bunuh diri untuk mengatasi nyeri psikologik (*pain*) dan menurunkan ketegangan yg tak tertahankan
- ◆ Kematian bukan tujuan utama dari bunuh diri. Tapi lebih pada berhenti/keluar dari kehidupan

- Percobaan bunuh diri adalah upaya yang dilakukan dengan tujuan menghabisi nyawa sendiri.
- Gagasan bunuh diri adalah ide untuk menghabisi nyawa sendiri, terdapat pada orang yang peka terhadap stressor, dapat terjadi pada segala usia, dapat berlangsung untuk waktu yang lama tanpa suatu upaya bunuh diri



Tindakan Bunuh Diri

- Active suicide
- Passive suicide

Bunuh diri merupakan masalah yang kompleks

1. Faktor Risiko
2. Faktor Stres
3. Faktor Protektif (pelindung)
4. Faktor Biologis
5. Faktor Psikologis
6. Faktor Sosial

TIPE BUNUH DIRI

Emile Durkheim → 3 tipe :

- Egoistik : orang yang tidak mempunyai dukungan sosial yang kuat, tidak mampu berinteraksi dengan masyarakat
- Altruistik: orang yang terikat kuat pada suatu kelompok tertentu / budaya
- Anomik : orang yang terikat pada suatu sistem sosial yang sedang mengalami perubahan. mengalami gangguan keseimbangan

PENYEBAB

- Interaksi dari
 - biologik
 - psikologik
 - sosial-budaya
 - lingkungan



Faktor Biologi

a. GENETIKA :

- BD cenderung “berjalan” dalam keluarga
- “Model” bagi anggota keluarga lainnya (Identifikasi)
- 51 pasangan kembar monozigotik : 9 kasus BD
- Beban genetik yang berat :
 - Ggn. Depresi Berat
 - Ggn. Bipolar I
 - Ggn. Mood lain
 - Transmisi genetik dari st ggn mental, misal **faktor genetik** untuk **impulsivitas** yang mungkin berhubungan dgn **sistem serotonin sentral**

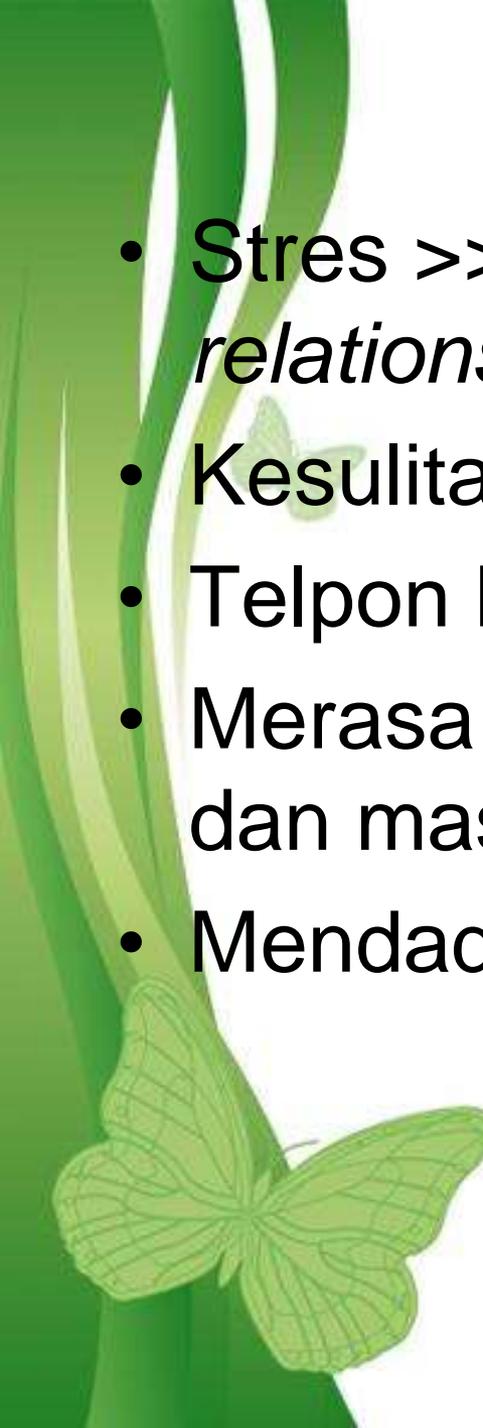
b. Neurokimiawi :

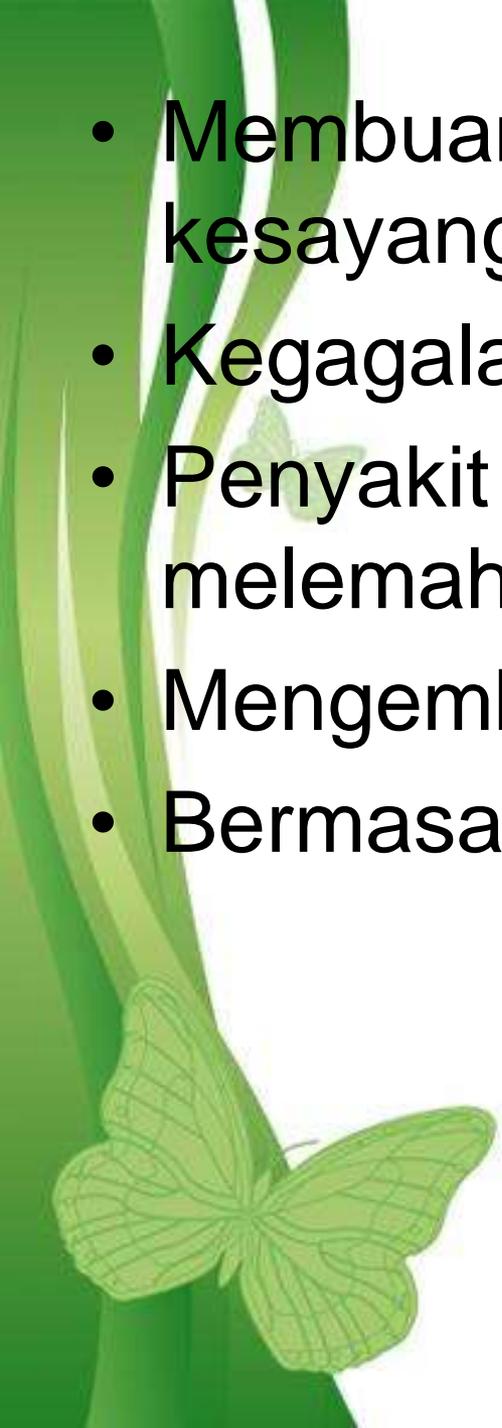
- Defisiensi Serotonin (pe ↓ 5 HTAA) dikaitkan dgn : *pengendalian impuls yang buruk*
- Peningkatan Kortisol bebas (urine) dll
- Pembesaran Ventrikular otak
- Abnormalitas EEG
- Enzim Monoamin Oksidase (trombosit) : rendah

SUICIDAL CLUES

(American Psychiatric Association, 2003)

- Pikiran atau bicara ttg bunuh diri/kematian
- ‘Suicidal communication’ spt catatan, tulisan pribadi
- Perilaku merusak diri sendiri (*self-destructive*)
- Aktifitas yg berorientasi ttg kematian
- Percobaan bunuh diri sebelumnya

- 
- Stres >> dlm pekerjaan, perkawinan, *relationship*
 - Kesulitan keuangan, PHK, beban hutang
 - Telpon ke 'crisis line'
 - Merasa putus harapan thdp kehidupan dan masa depan
 - Mendadak membuat suatu masalah

- 
- Membuang barang-barang milik kesayangan
 - Kegagalan romantika/putus hubungan
 - Penyakit fisik: fase terminal atau melemahkan (kronis)
 - Mengembalikan barang2 milik yg berharga
 - Bermasalah dgn hukum

- 
- Depresi: ringan, sedang, berat
 - Alcoholism or drugs: penggunaan ber>>
 - Gangguan kepribadian
 - Skizofrenia, Bipolar, ggn mental lain

RISIKO BUNUH DIRI

Menurut Salomon risiko bunuh diri dilihat dari:

1. Tanda risiko berat yaitu:

- ❖ Keinginan mati yang sungguh sungguh
- ❖ Depresi
- ❖ Psikosa

2. Tanda bahaya:

- ❖ Riwayat percobaan bunuh diri
- ❖ Penyakit kronis

- 
- ❖ Ketergantungan obat/alkohol
 - ❖ Hipokondriasis
 - ❖ Bertambah usia
 - ❖ Pengasingan diri
 - ❖ Kebangkrutan
 - ❖ Kesukaran penyesuaian diri yang kronis
 - ❖ Catatan bunuh diri

Intervensi Psikiatri pada percobaan bunuh diri

Menjaga keamanan klien :

- ◆ Tempatkan klien dalam ruang yang aman dan dekat dengan ruang paramedis supaya mudah observasi dengan ketat,
- ◆ Periksa klien secara teliti
- ◆ Libatkan anggota keluarga lain dalam rencana penanganan klien dan selalu mendampingi klien setiap saat

Perawatan Inap di Rumah Sakit

◆ Kriteria Rawat Inap

- Klien menunjukkan gejala psikotik atau disertai keadaan organik
- Klien mengalami intoksikasi atau tindakan darurat di IGD tidak cukup sehingga memerlukan terapi lanjutan di RS
- Bunuh diri yang dilakukan resiko tinggi menyebabkan kematian

- Kondisi mood, keinginan bunuh diri dan ide-ide untuk mati tidak berkurang setelah dievaluasi kembali oleh terapis
- Klien yang kurang atau tidak mempunyai dukungan sosial yg baik



Rawat Jalan

- ◆ Resiko bunuh diri rendah
- ◆ Pengurangan perilaku bunuh diri atau keadaan krisis yang dialami klien mereda
- ◆ Psikopatologi pada klien tidak berat sehingga dapat mengendalikan impuls dan menilai realita dengan baik
- ◆ Dukungan sosial baik
- ◆ Kepatuhan klien dalam pengobatan cukup baik

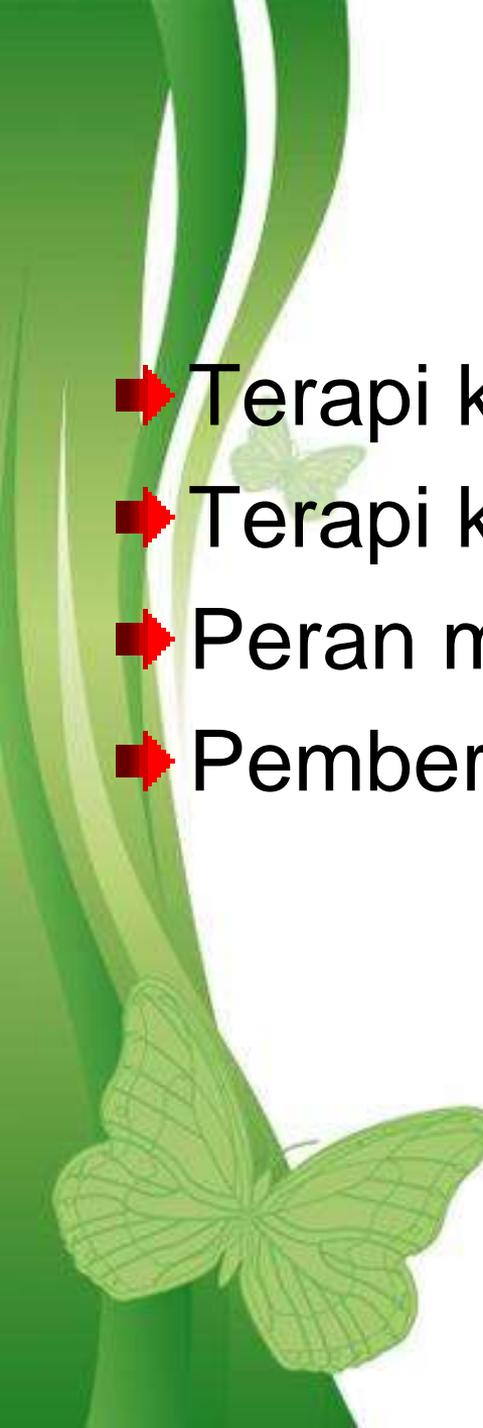
PENANGANAN

A. Kesadaran berkabut sampai koma

- ➔ Pemeriksaan fisik diagnostik (vital sign)
- ➔ Resusitasi jantung paru (GELS → ABC)
- ➔ Rawat ICU (k/p)
- ➔ Atasi kondisi fisik akibat BD
- ➔ Setelah compos mentis, evaluasi psikiatrik dengan suportif.

B. Kesadaran compos Mentis

- ➡ Obat-obatan
 - psikosis: neoroleptik
 - depresi: antidepresan
 - cemas: anticemas
- ➡ Psikoterapi
 - fokus pd skill building & problem-solving: terapi perilaku dan kognitif (CBT)
- ➡ ECT
- ➡ Dukungan sosial

- 
- ➡ Terapi kelompok
 - ➡ Terapi keluarga
 - ➡ Peran masyarakat
 - ➡ Pemberitaan media

NoSuicide



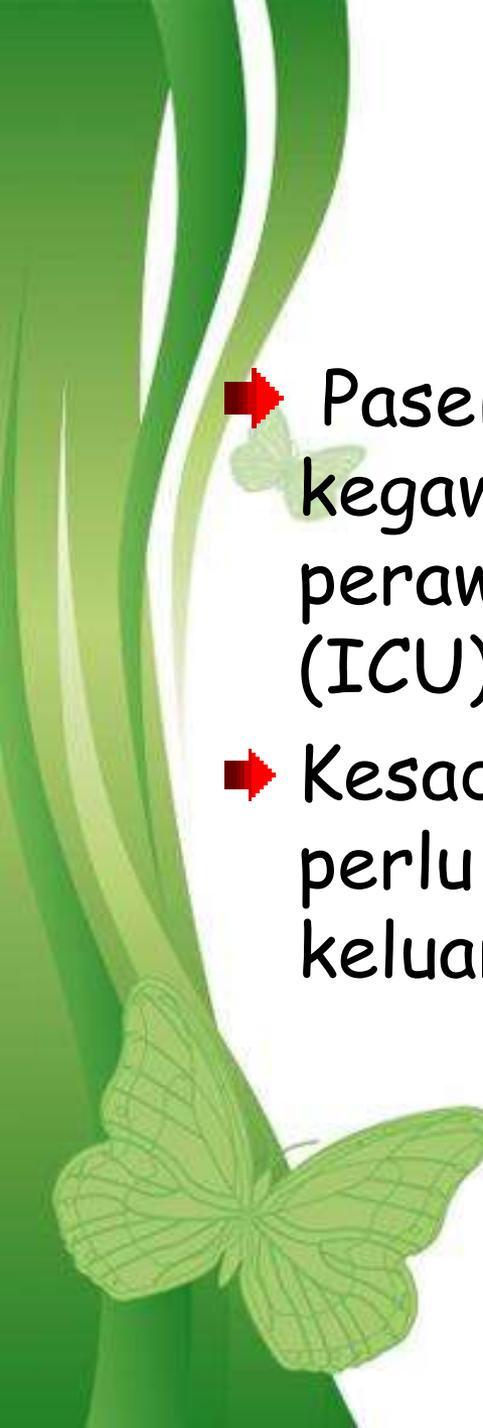
terimakasih



Sindroma Neuroleptik Maligna

Sindroma Neuroleptik Maligna

sindroma toksik yang jarang tetapi sangat berbahaya. Reaksi Indiosinkrasi terhadap terapi neuroleptik tunggal atau kombinasi

- 
- Pasien dengan SNM berada dalam kegawatan medis dan mungkin memerlukan perawatan di Unit Perawatan intensif (ICU).
 - Kesadaran pasien terganggu sehingga perlu diberikan informasi kepada teman / keluarga mengenai perkembangan pasien.

Obat yang dapat menimbulkan SNM

- Antipsikotik generasi pertama, (misalnya, haloperidol, fluphenazine, clorpromazine).
- Antipsikotik generasi kedua (misalnya, clozapine, risperidone, olanzapine)
- Obat lainnya antiemetik (misalnya, metoklopramid, promethazine, dan levosulpiride)

Faktor risiko

- Agitasi
- katatonia sebelumnya
- Dehidrasi
- Fiksasi
- Kelelahan
- Malnutrisi
- Terapi dosis tinggi
- Terapi Parenteral
- Riwayat SNM sebelumnya

GEJALA KLINIS.....

- ➔ Perubahan tingkat kesadaran (delirium, stupor, koma)
- ➔ EPS :
 - Parkinsonisme
 - Tonus otot tinggi sampai dengan Opistotonus
 - Rigiditas, stupor dapat disertai tremor
 - Akinesia, Distonia, Disartria, Disfagia
 - Krisis okulogirik beberapa jam sampai dengan 1 minggu



➡ **Otonomik :**

- Hiperpireksia temperatur lebih dari 38° C
- Tekanan darah naik atau labil
- Nadi naik atau labil
- Takipnoe
- Diaforesis
- Inkontinensia urine

➡ **Perubahan Status Mental**



➔ **Laboratorium :**

- CPK > 300 u/ml (awalnya)
- CK lebih dari 1000 U/ L- 100000U/L
- SGOT / SGPT naik
- Myoglobinuria
- Serum K naik, Fe turun
- Lekositosis > 15000
- Trombositosis
- Kelainan elektrolit:hipokalsemia,hipomagnesemia, hipo dan hipernatremia, hiperkalemia, dan asidosis metabolik.

PENATALAKSANAAN

Medikamentosa (-) :

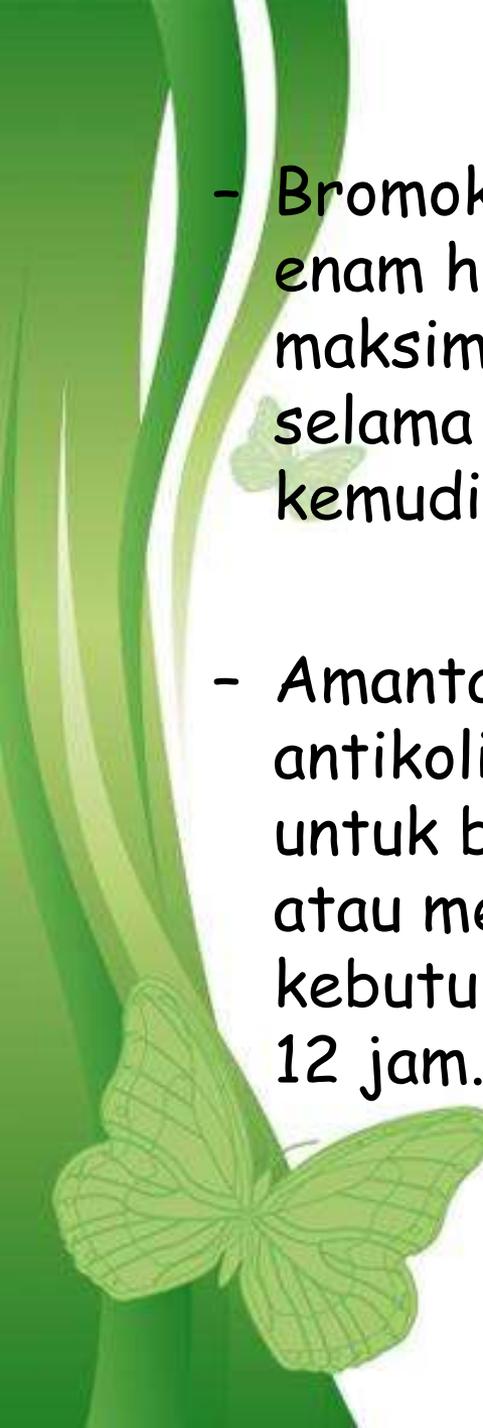
1. A.B.C / tanda vital monitoring
2. Rehidrasi cairan tubuh (input - output)
3. Stop semua neuroleptik
4. Kompres es, selimut pendingin

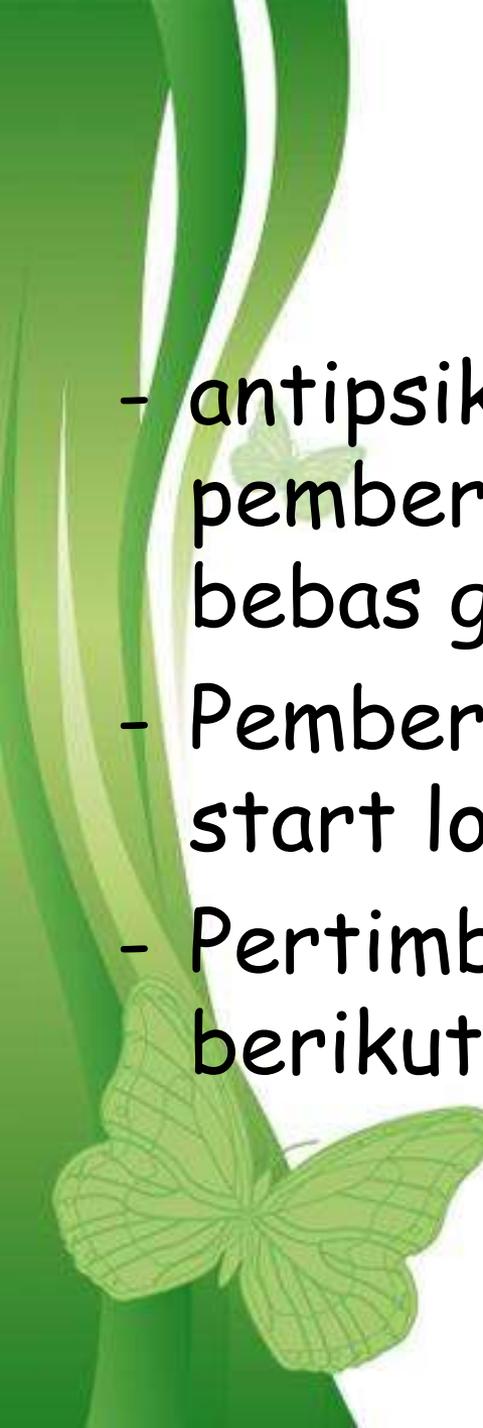


Medikamentosa (+) :

- Antipiretik (acetaminophen, aspirin)
- Menurunkan tekanan darah
- Diazepam 10mg IV a. 8 jam sampai dengan Rigiditas teratasi

- 
- Dantrolene dengan dosis 1 hingga 2,5 mg / kg IV biasanya digunakan pada orang dewasa dan dapat diulang sampai dosis maksimum 10 mg / kg / hari
 - Ada risiko terkait hepatotoksisitas, dan dantrolen mungkin harus dihindari jika tes fungsi hati sangat abnormal.
 - Obat dilanjutkan selama 10 hari diikuti dengan *tapering off* untuk meminimalkan kekambuhan.

- 
- Bromokriptin, Dosis 2,5 mg (melalui NGT) setiap enam hingga delapan jam dititrasi hingga dosis maksimum 40 mg / hari. Disarankan dilanjutkan selama 10 hari setelah SNM tertangani dan kemudian diturunkan secara perlahan.
 - Amantadine memiliki efek dopaminergik dan antikolinergik dan digunakan sebagai alternatif untuk bromokriptin. Dosis awal adalah 100 mg oral atau melalui NGT dan dititrasi ke atas sesuai kebutuhan dengan dosis maksimum 200 mg setiap 12 jam.

- 
- antipsikotik stop, pertimbangkan pemberian antipsikotik setelah 2 minggu bebas gejala SNM.
 - Pemberian antipsikotik berikutnya : start low go slow
 - Pertimbangkan pemilihan antipsikotik berikutnya dari golongan atipikal

Prognosa

- Perbaiki gejala dalam waktu dua minggu
- Terjadi rekurensi
- Myoglobinuria
- Gagal ginjal dari rhabdomyolysis
- Kematian



*Semoga
bermanfaat
Thank You*