

2.3. Gangguan Jiwa

2.3.1. Gangguan Mental Organik

a. Definisi, Tanda dan Gejala

Gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit/gangguan sistemik atau otak yang dapat didiagnosis tersendiri. Termasuk gangguan mental simptomatik dimana pengaruh terhadap otak merupakan akibat sekunder dari penyakit/gangguan sistemik di luar otak

Tanda dan Gejala

- 1) Adanya gangguan fungsi kognitif (daya ingat, daya pikir, daya belajar)
- 2) Adanya gangguan sensorium (gangguan kesadaran dan perhatian)
- 3) Sindrom dengan manifestasi yang menonjol dalam persepsi (halusinasi), isi pikiran (waham/delusi), dan suasana perasaan (depresi, gembira, cemas)

b. Input tambahan

SDM : Psikiater, Neurolog, Spesialis Penyakit Dalam, rehab medik

c. Proses

Penegakan diagnosa

- 1) Onset dan perjalanan penyakit
- 2) Ada/tidak riwayat penyakit keluarga
- 3) Pemeriksaan psikiatri
- 4) Pemeriksaan penunjang (CT-Scan, neuropatologis), pemeriksaan lain yang menunjang

Tata laksana

- 1) Medikamentosa
 - a) Simptomatis tergantung gejala psikiatri yang manifest
 - b) Pengobatan terhadap penyakit/gangguan sistemik yang menyebabkann gangguan mental tersebut
- 2) Psikoterapi supportif
- 3) Rawat bersama dengan spesialis terkait lain, sesuai dengan jenis penyakit/gangguan sistemik yang menyebabkan gangguan mental tersebut.

Pencegahan

- 1) Gaya hidup sehat sejak dini
- 2) Nutrisi yang cukup

d. Out Put

Penemuan kasus dini

e. Outcome

Memperbaiki kualitas hidup

2.3.2. Gangguan Mental Dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat

2.3.2.1. Keadaan Putus Zat

a. Definisi, Tanda dan Gejala

Sekelompok gejala dengan aneka bentuk dan keparahan yang terjadi pada penghentian pemberian zat secara absolut atau relatif sesudah penggunaan zat yang terus menerus dan dalam jangka panjang atau dosis tinggi. Waktu onset terbatas dan berkaitan dengan jenis dan dosis zat yang digunakan sebelumnya. Dapat disertai dengan komplikasi kejang.

Tanda dan Gejala

Gejala fisik bervariasi sesuai dengan zat yang digunakan. Gangguan psikologis merupakan gambaran umum dari keadaan putus zat.

b. Input tambahan

SDM : Psikiater, Neurolog, Psikolog, Spesialis Penyakit Dalam, konselor NAPZA, Pekerja Sosial, Terapist Okupasi

Alat dan sarana : Alat pemeriksa kadar obat kualitatif / kuantitatif

c. Proses

Penegakan diagnosa

- 1) Analisis objektif dari spesimen urin, darah, Rontgen Foto Kepala, EEG, *CT scan* otak, Test HIV/AIDS bila ada faktor risiko didahului dengan konseling dan disampaikan hasil dalam konseling pasca tes
- 2) Bukti lain : adanya sampel obat yang ditemukan pada pasien
- 3) Laporan dari pihak ketiga

Tata laksana

- 1) Penanganan keadaan gawat darurat
- 2) Medikamentosa sesuai dengan gejala yang ada
- 3) Detoksifikasi
- 4) Terapi substitusi
- 5) Konseling
- 6) Psikoterapi

7) Rehabilitasi

Pencegahan

- 1) Edukasi dan sosialisasi tentang bahaya zat psikoaktif
- 2) Pengasuhan anak yang adekuat sejak kecil

d. Out Put

Penemuan kasus dini

e. Outcome

Bebas ketergantungan NAPZA

2.3.3. Schizophrenia

a. Definisi, Tanda dan Gejala, Faktor Risiko

Gangguan Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang ditandai adanya distorsi realita, disorganisasi dan kemiskinan psikomotor. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara

Tanda dan Gejala

- 1) Gangguan Proses Pikir : Asosiasi longgar, intrusi berlebihan, terhambat, klang asosiasi, ekolalia, alogia, neologisme.
- 2) Gangguan Isi Pikir : *waham*, adalah suatu kepercayaan yang salah yang menetap, tidak sesuai dengan fakta dan tidak bisa dikoreksi. Jenis-jenis waham antara lain:
- 3) Waham kejar, Waham kebesaran, Waham rujukan, Waham penyiaran pikiran, Waham penyisipan pikiran, Waham aneh
- 4) Gangguan Persepsi : Halusinasi, ilusi, depersonalisasi, dan derealisasi.
- 5) Gangguan Emosi : Afek dasar yang sering diperlihatkan oleh penderita skizofrenia (tetapi tidak patognomonik): Afek tumpul atau datar, Afek tak serasi, Afek labil
- 6) Gangguan Perilaku : Berbagai perilaku tak sesuai atau aneh dapat terlihat seperti gerakan tubuh yang aneh dan menyeringai, perilaku ritual, sangat ketolol-tololan, dan agresif serta perilaku seksual yang tak pantas.
- 7) Gangguan Motivasi : Aktivitas yang disadari seringkali menurun atau hilang pada orang dengan skizofrenia. Misalnya, kehilangan kehendak dan tidak ada aktivitas.
- 8) Gangguan Neurokognitif : Gangguan atensi, menurunnya kemampuan untuk menyelesaikan masalah, gangguan memori

(misalnya, memori kerja, spasial dan verbal) serta fungsi eksekutif.

Faktor Risiko

- 1) Dari aspek dinamika keluarga ditemukan bahwa hubungan ibu-anak yang kurang baik meningkatkan risiko Skizofrenia 6x
- 2) Kondisi hidup yang penuh stres
- 3) Sering mengonsumsi obat psikoaktif selama masa remaja dan dewasa muda
- 4) Sering terkena paparan virus, racun atau kekurangan gizi selama masa kehamilan, khususnya pada trimester pertama dan kedua
- 5) Perkembangan masa anak awal terkena paparan penyakit/infeksi yang mempengaruhi fungsi otak.
- 6) Risiko terjadinya Skizofrenia pada anak yang mempunyai salah satu orang tuanya dengan gangguan Skizofrenia sebesar 10%, dan bila kedua orang tua mengalami gangguan Skizofrenia sebesar 40-50%.
- 7) Prevalensi Skizofrenia 2 kali lebih besar pada anak yang diadopsi ibu dengan Skizofrenia dibandingkan dengan diadopsi ibu normal.

b. Input tambahan

SDM : Psikiater, dokter umum terlatih, Psikolog, Pekerja Sosial, Kader kesehatan Jiwa

Alat dan sarana : ECT (Electro Convulsive Therapy)

c. Proses

Penegakan diagnosa (Pedoman Diagnosis Berdasarkan ICD-10 dan PPDGJ-III)

- 1) Pikiran bergema (*thought echo*), penarikan pikiran atau penyisipan (*thought withdrawal* atau *thought insertion*), dan penyiaran pikiran (*thought broadcasting*).
- 2) Waham dikendalikan (*delusion of being control*), waham dipengaruhi (*delusion of being influenced*), atau "*passivity*", yang jelas merujuk pada pergerakan tubuh atau pergerakan anggota gerak, atau pikiran, perbuatan atau perasaan (*sensations*) khusus; waham persepsi.
- 3) Halusinasi berupa suara yang berkomentar tentang perilaku pasien atau sekelompok orang yang sedang mendiskusikan

pasien, atau bentuk halusinasi suara lainnya yang datang dari beberapa bagian tubuh.

- 4) Waham-waham menetap jenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali mustahil, seperti misalnya mengenai identitas keagamaan atau politik, atau kekuatan dan kemampuan "manusia super" (tidak sesuai dengan budaya dan sangat tidak mungkin atau tidak masuk akal, misalnya mampu berkomunikasi dengan makhluk asing yang datang dari planet lain).
- 5) Halusinasi yang menetap pada berbagai modalitas, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang/melayang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun oleh ide-ide berlebihan (*overvalued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus
- 6) Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan (interpolasi) yang berakibat inkoheren atau pembicaraan tidak relevan atau neologisme.
- 7) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), sikap tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas serea, negativism, mutisme, dan stupor.
- 8) Gejala-gejala negatif, seperti sikap masa bodoh (*apatis*), pembicaraan yang terhenti, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
- 9) Perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku perorangan, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tak bertujuan, sikap malas, sikap berdiam diri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial.

Minimal satu gejala yang jelas (dua atau lebih, bila gejala kurang jelas) yang tercatat pada kelompok a sampai d diatas, atau paling sedikit dua gejala dari kelompok e sampai h, yang harus ada dengan jelas *selama kurun waktu satu bulan atau lebih*. Kondisi-kondisi yang memenuhi persyaratan pada gejala tersebut *tetapi*

lamanya kurang dari satu bulan (baik diobati atau tidak) harus didiagnosis sebagai gangguan psikotik skizofrenia akut.

Secara retrospektif, mungkin terdapat fase prodromal dengan gejala-gejala dan perilaku kehilangan minat dalam bekerja, dalam aktivitas (pergaulan) sosial, penelantaran penampilan pribadi dan perawatan diri, bersama dengan kecemasan yang menyeluruh serta depresi dan preokupasi yang berderajat ringan, mendahului onset gejala-gejala psikotik selama berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan. Karena sulitnya menentukan onset, kriteria lamanya 1 bulan berlaku hanya untuk gejala-gejala khas tersebut di atas dan tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal.

Diagnosis skizofrenia tidak dapat ditegakkan bila terdapat secara luas gejala-gejala depresif atau manik kecuali bila memang jelas, bahwa gejala-gejala skizofrenia itu mendahului gangguan afektif tersebut.

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

Tata laksana

1) Biologi

a) Medikamentosa

Anti Psikotik

Pemberian antipsikotik dikombinasikan dengan terapi pendukung. Antipsikotik generasi terbaru bekerja mengurangi dan mengatasi gejala Skizofrenia yang positif, negatif dan memperbaiki fungsi kognitif dengan efek samping yang ditoleransi lebih baik dibanding antipsikotik sebelumnya. Terapi ini juga berfungsi untuk mencegah kekambuhan, membantu pasien tetap berobat dan membantu kembali kekehidupan yang normal

b) Electro Convulsive terapi

- Untuk Skizofrenia yang resisten terhadap medikamentosa
- Skizofrenia dengan ancaman bunuh diri
- Skizofrenia Katatonik

c) Konseling dan Psikoterapi

- Konseling : Problem solving masalah yang dihadapi

- Psikoterapi :

Psikoterapi suportif

Penderita diajari untuk mengelola stres dan mengidentifikasi tanda dan gejala sedini mungkin untuk menghindari kekambuhan

Penderita diajarkan untuk rileks, tidak menggunakan alkohol ataupun obat-obatan lain tanpa sepengetahuan dokter

Konsultasi ke fasilitas psikiatri bila timbul gejala-gejala Skizofrenia termasuk kemungkinan melakukan tindak kekerasan. Pengobatan dini dapat membantu mencegah kekambuhan dan memburuknya gejala yang timbul

2) Sosial

a) Rehabilitasi

- Pelatihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan komunikasi dan berinteraksi
- Rehabilitasi vokasional atau kejuruan dan dukungan pekerjaan guna membantu mempertahankan pekerjaan mereka walaupun dalam kondisi krisis

b) Optimalisasi peran pendamping (caregiver)

- Lebih memahami penderita Skizofrenia dengan mengajak aktifitas bersama seperti mendengar musik, melukis atau menunjukkan perhatian tanpa bercakap-cakap
- Berperan sebagai pendamping yang mengingatkan akan pentingnya pengobatan, mendampingi penderita saat berobat, memastikan pengobatan berjalan dengan baik, dan juga mengenali berbagai gejala awal kekambuhan
- Peran pendamping juga diperlukan dalam menyelesaikan berbagai masalah administratif yang mungkin sulit dikerjakan oleh penderita

c) Psikoedukasi masyarakat

Psikoedukasi merupakan informasi yang sistematis dan terstruktur mengenai penyakit atau gangguan serta penanganannya, termasuk aspek emosional yang bertujuan agar *caregiver* dapat beradaptasi dengan penyakit atau gangguan tersebut secara adekuat.

Hal yang dianggap penting adalah pengetahuan mengenai Skizofrenia dan penatalaksanaannya, memperbaiki pola komunikasi dalam keluarga, ketrampilan dalam intervensi krisis, meningkatkan ketrampilan problem solving, memperbaiki daya adaptasi keluarga, serta mendorong keikutsertaan keluarga maupun caregiver dalam aktivitas sosial

d) Organisasi masyarakat peduli kesehatan jiwa

Untuk menghadapi permasalahan jangka panjang gangguan Skizofrenia diperlukan suatu jejaring, seperti *self-help group*, yang dibentuk oleh caregiver sendiri, family support group biasanya difasilitasi oleh tenaga kesehatan, peran pemerintah, LSM dan pihak terkait lainnya.

Pencegahan

- 1) Pencegahan universal, ditujukan pada populasi umum, agar tidak terjadi faktor risiko. Caranya mencegah komplikasi kehamilan dan persalinan
- 2) Pencegahan penyakit pada masa perkembangan anak awal yang mempengaruhi fungsi otak
- 3) Pencegahan selektif, ditujukan pada kelompok yang mempunyai risiko tinggi gangguan Skizofrenia, dengan cara orang tua menciptakan keluarga yang harmonis, hangat dan stabil
- 4) Pencegahan terindikasi, yaitu mencegah mereka yang baru memperlihatkan tanda-tanda fase prodromal tidak menjadi Skizofrenia yang nyata, dengan cara memberikan antipsikotik dan suasana keluarga yang kondusif .

d. Out Put

Penemuan kasus dini

e. Outcome

Perbaikan kualitas hidup

2.3.4. Gangguan Suasana Perasaan Mood/Afektif

2.3.4.1. Gangguan Afektif Bipolar (GB)

a. Definisi, Tanda dan Gejala

Gangguan afektif bipolar (GB) merupakan gangguan jiwa yang bersifat episodik dan ditandai oleh gejala-gejala manik, hipomanik,

depresi, dan campuran, biasanya rekuren serta dapat berlangsung seumur hidup.

Tanda dan gejala (Berdasarkan ICD-10 dan PPDGJ-III)

Gangguan ini tersifat oleh episode berulang (sekurang-kurangnya dua episode) dimana afek pasien dan tingkat aktivitasnya jelas terganggu, pada waktu tertentu terdiri dari peningkatan afek disertai penambahan energi dan aktivitas (mania atau hipomania) dan pada waktu lain berupa penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas (depresi). Episode berulang hanya hipomania atau mania digolongkan sebagai gangguan bipolar. Episode manik biasanya dimulai dengan tiba-tiba dan berlangsung antara 2 minggu sampai 4-5 bulan (rata-rata sekitar 4 bulan). Depresi cenderung berlangsung lebih lama (rata-rata sekitar 6 bulan) meskipun jarang melebihi setahun kecuali pada orang lanjut usia.

b. Input tambahan

SDM : Psikiater, dokter umum terlatih

c. Proses

Penegakan Diagnosa

Anamnesa Psikiatri

Tatalaksana

1) Biologi

a) Medikamentosa

Mood stabilizer

Anti Psikotik

b) Electro Convulsive terapi

- Untuk bipolar yang resisten terhadap medikamentosa
- Bipolar dengan ancaman bunuh diri

c) Konseling dan Psikoterapi

- Konseling : Problem solving masalah yang dihadapi
- Psikoterapi :

Psikoterapi suportif

- Penderita diajari untuk mengelola stres dan mengidentifikasi tanda dan gejala sedini mungkin untuk menghindari kekambuhan

- Penderita diajarkan untuk rileks, tidak menggunakan alkohol ataupun obat-obatan lain tanpa sepengetahuan dokter
- Konsultasi ke fasilitas psikiatri bila timbul gejala-gejala bipolar termasuk kemungkinan melakukan tindak kekerasan dan bunuh diri. Pengobatan dini dapat membantu mencegah kekambuhan dan memburuknya gejala yang timbul

2) Sosial

a) Rehabilitasi

- Pelatihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan komunikasi dan berinteraksi
- Rehabilitasi vokasional atau kejuruan dan dukungan pekerjaan guna membantu mempertahankan pekerjaan mereka walaupun dalam kondisi krisis

b) Optimalisasi peran pendamping (caregiver)

- Lebih memahami penderita bipolar dengan mengajak aktifitas bersama seperti mendengar musik, melukis atau menunjukkan perhatian.
- Berperan sebagai pendamping yang mengingatkan akan pentingnya pengobatan, mendampingi penderita saat berobat, memastikan pengobatan berjalan dengan baik, dan juga mengenali berbagai gejala awal kekambuhan
- Peran pendamping juga diperlukan dalam menyelesaikan berbagai masalah administratif yang mungkin sulit dikerjakan oleh penderita

c) Psikoedukasi masyarakat

Psikoedukasi merupakan informasi yang sistematis dan terstruktur mengenai penyakit atau gangguan serta penanganannya, termasuk aspek emosional yang bertujuan agar *caregiver* dapat beradaptasi dengan penyakit atau gangguan tersebut secara adekuat.

Hal yang dianggap penting adalah pengetahuan mengenai gangguan bipolar dan penatalaksanaannya, memperbaiki pola komunikasi dalam keluarga, ketrampilan dalam intervensi krisis, meningkatkan ketrampilan problem

solving, memperbaiki daya adaptasi keluarga, serta mendorong keikutsertaan keluarga maupun caregiver dalam aktivitas sosial

Intervensi Psikososial

Intervensi psikososial meliputi berbagai pendekatan misalnya, *cognitive behavioral therapy* (CBT), terapi keluarga, terapi interpersonal, terapi kelompok, psikoedukasi, dan berbagai bentuk terapi psikologi atau psikososial lainnya. Intervensi psikososial sangat perlu untuk mempertahankan keadaan remisi.

Pencegahan

- 1) Pencegahan universal, ditujukan pada populasi umum, agar tidak terjadi faktor risiko. Caranya mencegah komplikasi kehamilan dan persalinan
- 2) Pencegahan penyakit pada masa perkembangan anak awal yang mempengaruhi fungsi otak
- 3) Pencegahan selektif, ditujukan pada kelompok yang mempunyai risiko tinggi gangguan bipolar, dengan cara orang tua menciptakan keluarga yang harmonis, hangat dan stabil.

d. Out Put

Penemuan kasus dini

e. Outcome

Perbaikan kualitas hidup

2.3.4.2. Depresi

a. Definisi, Tanda dan Gejala

Suatu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang bercorak disforik yang ditandai dengan perasaan murung, rasa sedih yang mendalam, rasa tak berdaya, tak berguna, gangguan tidur, dan hilangnya perhatian terhadap pekerjaan, kesenangan, maupun keluarga.

Tanda dan Gejala (Berdasarkan ICD-10 dan PPDGJ-III)

- 1) Gejala utama pada derajat ringan, sedang dan berat :
 - a) Afek depresi
 - b) Kehilangan minat dan kegembiraan

c) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan yang mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

2) Gejala penyerta lainnya:

a) Konsentrasi dan perhatian berkurang

b) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang

c) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna

d) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis

e) Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri

f) Tidur terganggu

g) Nafsu makan berkurang

Untuk episode depresi dan ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat. Kategori diagnosis depresi ringan (F.32.0), sedang (F.32.1) dan berat (F.32.2) hanya digunakan untuk episode depresi tunggal (yang pertama). Episode depresi berikutnya harus diklasifikasikan di bawah salah satu diagnosis gangguan depresi berulang (F.33).

b. Input tambahan

SDM : Psikiater, psikolog, dokter umum terlatih, pekerja sosial

Alat dan sarana : ECT

c. Proses

Penegakan Diagnosa : Anamnesa Psikiatri

Tata laksana

1) Medikamentosa :

Antidepresan

a) Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI), contoh Excitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline

b) Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors (SNRI), contoh Duloxetine, Venlafazine

c) Monoamine Oksidase Inhibitors (MAOI), contoh Moclobemide

d) Tricycle Antidepresan, contoh Amitriptilin, Imipramin

2) Electro Convulsive terapi

- a) Untuk Gangguan Depresi berat dengan ciri psikotik
 - b) Gangguan Depresi dengan ancaman bunuh diri
- 3) Konseling dan Psikoterapi
- a) Konseling : Problem solving masalah yang dihadapi
 - b) Psikoterapi :
 - Psikoterapi suportif
 - Penderita diajari untuk mengelola stres dan mengidentifikasi tanda dan gejala sedini mungkin untuk menghindari kekambuhan
 - Penderita diajarkan untuk rileks, tidak menggunakan alcohol ataupun obat-obatan lain tanpa sepengetahuan dokter
 - Konsultasi ke fasilitas psikiatri bila timbul gejala-gejala Depresi, termasuk kemungkinan melakukan tindak kekerasan atau usaha bunuh diri.
 - Psikoterapi perilaku dan kognitif
- 4) Sosial
- a) Rehabilitasi
 - Pelatihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan komunikasi dan berinteraksi
 - Rehabilitasi vokasional atau kejuruan dan dukungan pekerjaan guna membantu mempertahankan pekerjaan mereka walaupun dalam kondisi krisis
 - b) Psikoedukasi keluarga

Edukasi pada keluarga tentang pentingnya pengobatan jangka panjang pada penderita depresi dan informasi tentang efek samping obat. Perlunya pengetahuan mengenai depresi dan penatalaksanaannya, memperbaiki pola komunikasi dalam keluarga, ketrampilan dalam intervensi krisis, meningkatkan ketrampilan problem solving, memperbaiki daya adaptasi dan daya dukung keluarga.
 - c) Psikoedukasi masyarakat

Psikoedukasi merupakan informasi yang sistematis dan terstruktur mengenai penyakit atau gangguan serta penanganannya, termasuk aspek emosional yang bertujuan agar *penderita* dapat beradaptasi dengan penyakit atau

gangguan tersebut secara adekuat serta keluarga dapat memahaminya.

Hal yang dianggap penting adalah pengetahuan mengenai depresi dan penatalaksanaannya, memperbaiki pola komunikasi dalam keluarga, ketrampilan dalam intervensi krisis, meningkatkan ketrampilan problem solving serta mendorong keikutsertaan keluarga dalam mendampingi pasien.

Pencegahan

- 1) Pencegahan universal, ditujukan pada populasi umum, agar tidak terjadi faktor risiko dengan meningkatkan kesehatan fisik, meningkatkan gaya hidup yang sehat, mengkonsumsi makanan bergizi, dan berolah raga
- 2) Pencegahan selektif, ditujukan pada kelompok yang mempunyai risiko tinggi gangguan depresi seperti orang dengan penyakit fisik yang kronis, usia lanjut, orang dengan stresor psikososial yang berat atau bertubi-tubi, pasca bencana, kekerasan dalam rumah tangga, penyalahgunaan zat, gangguan hormonal seperti pada gangguan thyroid, menopause, post partum
- 3) Pencegahan terindikasi, yaitu mencegah mereka yang baru memperlihatkan gejala awal depresi agar tidak menjadi gangguan depresi yang nyata

d. Out Put

Penemuan kasus dini

e. Outcome

Perbaikan kualitas hidup

2.3.5. Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform, Dan Gangguan Stress

a. Definisi, Tanda dan Gejala

Adalah perasaan tidak menyenangkan, yang disebabkan oleh dugaan akan bahaya atau frustrasi yang mengancam dan akan membahayakan rasa aman, keseimbangan atau kehidupan seseorang atau kelompok biososialnya.

Tanda dan gejala

- 1) Kecemasan/ketakutan yang berlebihan sehingga mempengaruhi berbagai aspek kehidupan pasien selama sekurangnya 6 bulan

- 2) Ketegangan motorik (mis : gemetar, kelelahan, sakit kepala)
- 3) Hiperaktivitas otonom (misal : nafas pendek, berkeringat, palpitasi, dapat disertai gejala pencernaan)

b. Input tambahan

SDM : Psikiater, psikolog, dokter umum terlatih, pekerja sosial

c. Proses

Penegakan Diagnosa

- 1) Anamnesa
- 2) Pemeriksaan psikiatri
- 3) Pemeriksaan fisik (telapak tangan berkeringat, takikardi, sesak nafas)

Tata Laksana

1) Medikamentosa

Anticemas

Antidepresan

2) Konseling dan Psikoterapi

a) Konseling : Problem solving masalah yang dihadapi

b) Psikoterapi : Psikoterapi suportif

- Penderita diajari untuk mengelola stres dan mengidentifikasi tanda dan gejala sedini mungkin untuk menghindari kekambuhan
- Penderita diajarkan untuk rileks, tidak menggunakan alkohol ataupun obat-obatan lain tanpa sepengetahuan dokter
- Konsultasi ke fasilitas psikiatri bila timbul gejala-gejala cemas, termasuk kemungkinan terjadinya agitasi atau kekerasan.

3) Sosial

a) Psikoedukasi keluarga

Edukasi pada keluarga tentang pentingnya pengobatan pada penderita gangguan cemas dan informasi tentang efek samping obat. Perlunya pengetahuan mengenai gangguan cemas dan penatalaksanaannya, informasi bahaya ketergantungan obat bila pemakaian obat tanpa petunjuk dokter, memperbaiki pola komunikasi dalam keluarga, ketrampilan dalam intervensi krisis, meningkatkan

ketrampilan problem solving, memperbaiki daya adaptasi dan daya dukung keluarga.

b) Psikoedukasi masyarakat

Psikoedukasi merupakan informasi yang sistematis dan terstruktur mengenai penyakit atau gangguan serta penanganannya, termasuk aspek emosional yang bertujuan agar *penderita* dapat beradaptasi dengan penyakit atau gangguan tersebut secara adekuat serta masyarakat dapat memahaminya.

Pencegahan

- 1) Sosialisasi dan penyuluhan didalam masyarakat dengan menitik beratkan pada promotif dan preventif.
- 2) Menjalin kerjasama lintas sektoral dengan menjalankan kegiatan konseling yang bersifat meningkatkan peran serta masyarakat.
- 3) Memberikan pendidikan dan latihan bagi para petugas dibidang pelayanan yang berorientasi pada prinsip kesehatan jiwa.
- 4) Pencegahan terjadinya kekambuhan dengan edukasi pada keluarga agar mematuhi pengobatan rutin.
- 5) Kunjungan ke rumah dan penilaian oleh tenaga kesehatan dapat membantu pencegahan terjadinya kekambuhan.

d. Out Put

Penemuan kasus dini

e. Outcome

Perbaiki kualitas hidup

2.3.6. Sindrom Perilaku yang Berhubungan dengan Gangguan Fisiologis dan Faktor Fisik

a. Definisi, Tanda dan Gejala

Sindrom perilaku yang dimaksud meliputi gangguan makan, gangguan tidur non organik, disfungsi seksual non organik, penyalahgunaan zat yang tidak menimbulkan ketergantungan.

Tanda dan gejala

Tergantung gangguan perilaku sesuai sindrom yang muncul

b. Input tambahan

SDM : Psikiater, psikolog, dokter spesialis terkait

c. Proses

Penegakan Diagnosa

- 1) Anamnesa
- 2) Pemeriksaan psikiatri
- 3) Pemeriksaan fungsi organ yang terganggu

Tatalaksana

- 1) Medikamentosa
- 2) Konseling
- 3) Psikoterapi
- 4) Rawat bersama spesialis lain, jika ada penyulit

Pencegahan

- 1) Pengasuhan yang adekuat sejak dini
- 2) Edukasi

d. Out Put

Penemuan kasus dini

e. Outcome

Perbaikan kualitas hidup

2.3.7. Gangguan Kepribadian Dan Perilaku Masa Dewasa

2.3.7.1. Gangguan kepribadian Skizoid

a. Definisi, Tanda dan Gejala

Berbagai kondisi klinis yang bermakna dan pola perilaku yang cenderung menetap, dan merupakan ekspresi dari pola hidup yang khas dari seseorang dan cara-cara berhubungan dengan diri sendiri maupun orang lain.

Tanda dan gejala

- 1) Emosi dingin, afek datar, *detachment* (*tidak peduli*)
- 2) Kurang mampu mengekspresikan kehangatan, kelembutan, atau kemarahan
- 3) Tampak nyata tidak peduli terhadap pujian/kecaman
- 4) Kurang tertarik dalam pengalaman seksual (perhitungkan usia penderita)
- 5) Preokupasi dengan fantasi dan introspeksi berlebihan
- 6) Sangat tidak sensitif terhadap norma dan kebiasaan sosial

b. Input tambahan

SDM : Psikiater dan psikolog

c. Proses

Penegakan diagnosa: Anamnesa psikiatri

Tatalaksana : Psikoterapi

Pencegahan

- 1) Pengasuhan yang adekuat sejak dini
- 2) Edukasi

d. Output

Penemuan kasus dini

e. Outcome

Perbaikan kualitas hidup

2.3.8. Retardasi Mental

a. Definisi

Suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya ketrampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, motorik, bahasa, dan sosial

Tanda dan Gejala

- 1) Terdapat ketimpangan perkembangan intelegensi dan ketrampilan spesifik sesuai usianya
- 2) Gangguan jiwa dan fisik yang menyertai pada gambaran klinis dan ketrampilan.

b. Input Tambahan

SDM : Psikiater dan psikolog

Alat dan sarana : Test IQ

c. Proses

Penegakan Diagnosis

- 1) Tingkat kecerdasan dinilai bersama ketrampilan spesifik yang berbeda sebagai penentu retardasi mental
- 2) Temuan klinis, perilaku adaptif dan hasil test psikometrik untuk menentukan tingkat kecerdasan

Tatalaksana

- 1) Medikamentosa
- 2) Rehabilitasi
- 3) Terapi Okupasi

Pencegahan

- 1) Nutrisi yang baik pada saat hamil

- 2) Perbaiki kondisi fisik maupun psikologis ibu saat hamil dan melahirkan

d. Output

Penemuan kasus dini

e. Outcome

- 1) Perbaiki gejala/perilaku
- 2) Perbaiki kualitas hidup

2.3.9. Gangguan Perkembangan Psikologis

2.3.9.1. Autis

a. Definisi, Tanda dan Gejala

Gangguan perkembangan yang kompleks, dengan keterlambatan dalam kemampuan interaksi sosial, komunikasi timbal balik serta adanya perilaku berulang tanpa tujuan disertai minat yang terbatas

Tanda dan gejala (Kriteria Diagnostik Gangguan Autisme berdasarkan DSM-IV)

- 1) Harus ada sedikitnya 6 (enam) gejala dari (1), (2), dan (3), dengan minimal dua gejala dari (1) dan masing-masing satu gejala dari (2) dan (3) di bawah ini;
 - a) Gangguan interaksi sosial yang timbal balik secara kualitatif. Minimal harus ada 2 gejala di bawah ini:
 - Tidak mampu menjalin interaksi sosial yang cukup memadai; kontak mata sangat kurang, ekspresi muka kurang hidup, gerak gerik yang kurang tertuju
 - Tidak bisa bermain atau berinteraksi dengan teman sebaya yang sesuai dengan tingkat perkembangannya
 - Tidak mampu mengekspresikan perasaan kegembiraan yang signifikan atas kegembiraan orang lain. Tidak mampu merasakan apa yang dirasakan orang lain
 - Kurangnya interaksi sosial dan emosional yang timbal balik
 - b) Gangguan kualitatif dalam bidang komunikasi seperti ditunjukkan oleh minimal satu dari gejala-gejala di bawah ini;
 - Adanya keterlambatan perkembangan atau ketidakmampuan berbicara secara verbal (tidak ada usaha

untuk mengimbangi komunikasi dengan cara lain tanpa bicara)

- Bila ada kemampuan untuk berbicara, individu tidak mampu untuk mempertahankan komunikasi verbal dua arah yang adekuat, dan juga umumnya tidak dipakai untuk berkomunikasi
- Sering menggunakan bahasa yang aneh dan diulang-ulang
- Cara bermain yang kurang variatif, kurang imajinatif dan kurang bisa meniru

c) Adanya pola perilaku, minat, dan kegiatan yang dipertahankan dan diulang-ulang. Minimal satu dari gejala di bawah ini;

- Adanya preokupasi dengan satu atau lebih minat yang stereotipik atau adanya keterbatasan minat yang tidak normal baik dalam konteks intensitas atau fokusnya
- Terpaku pada satu kegiatan yang ritualistik atau rutinitas yang tidak mempunyai fungsi yang jelas
- Adanya gerakan-gerakan stereotipik atau menerisme yang khas
- Adanya preokupasi yang persisten terhadap bagian-bagian dari suatu benda

2) Adanya keterlambatan atau gangguan dalam bidang (1) interaksi sosial, (2) berbicara dan berbahasa, dan (3) pola bermain yang kurang variatif, yang timbul sebelum anak berusia 3 tahun. Bukan disebabkan oleh sindroma Rett atau gangguan disintegrasi masa anak

b. Input tambahan

SDM : Psikiater, Dokter Spesialis Anak, Terapist okupasi, Terapist wicara

c. Proses

Penegakan Diagnosa

- 1) Anamnesa
- 2) Pemeriksaan Psikiatri

Tatalaksana

- 1) Terapi Perilaku.

Membantu anak autistik dalam mempelajari perilaku yang diharapkan dan membuang perilaku yang bermasalah. Biasanya diawali dengan sistem "satu anak satu pelatih", kemudian beberapa anak bisa digabung sesuai dengan tingkat kemampuannya.

- 2) Terapi medikamentosa, meliputi:
 - a) Psikotropika, misalnya: risperidone 0,02 – 0,05 mg/kgBB/hari, atau haloperidol dengan dosis yang sama. Diberikan 2 kali sehari sampai gejala klinis membaik.
 - b) Medikamentosa lainnya sesuai kondisi masing-masing anak, atau bila ada komorbiditas dengan gangguan lain
 - c) Pengaturan diet. Pada umumnya dianjurkan menghindari makanan yang mengandung casein (protein pada susu mamalia) dan gluten (protein pada gandum).
 - d) Pemberian enzim pencernaan bila ada obstipasi atau diare kronis.
 - e) Pemberian vitamin A, B₆, B₁₂, asam folat, C, dan E sesuai kebutuhan harian.
 - f) Pemberian mineral: calcium, magnesium, zinc, selenium sesuai kebutuhan harian.
- 3) Terapi tambahan sesuai kondisi masing-masing kasus:
 - a) Terapi wicara
 - b) Terapi okupasi
 - c) Terapi sensori integrasi
 - d) Terapi musik/terapi seni

Pencegahan

- 1) Pencegahan primer melalui berbagai program sosial yang ditujukan untuk menciptakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan anak. Contohnya adalah perawatan pranatal awal, program intervensi dini bagi orang tua dengan faktor resiko yang sudah diketahui dalam membesarkan anak, dan mengidentifikasi anak-anak yang berisiko untuk memberikan dukungan dan pendidikan kepada orang tua dari anak-anak ini.
- 2) Pencegahan sekunder dengan menemukan kasus secara dini pada anak-anak yang mengalami kesulitan di sekolah sehingga tindakan yang tepat dapat segera dilakukan. Metodenya

meliputi konseling individu dengan program bimbingan sekolah dan rujukan kesehatan jiwa komunitas, layanan intervensi krisis bagi keluarga yang mengalami situasi traumatik, konseling kelompok di sekolah, dan konseling teman sebaya.

d. Output

Penemuan kasus dini

e. Outcome

- 1) Perbaiki gejala/perilaku
- 2) Perbaiki kualitas hidup

2.3.10. Gangguan Perilaku Dan Emosional Dengan Onset Masa Kanak Dan Remaja

2.3.10.1. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

a. Definisi, Tanda dan Gejala

Gangguan hiperkinetik pada anak yang meliputi impulsivitas, hiperaktivitas dan kesulitan untuk memusatkan perhatian (*inattention*). Sebagian dari gejala-gejala tersebut :sudah tampak sebelum usia 7 tahun, sudah menetap minimal 6 bulan terlihat pada dua atau lebih setting yang berbeda,dan secara klinis terdapat hendaya dalam fungsi sosial, akademik atau pekerjaannya.

Tanda dan Gejala

Ada tiga gejala utama pada ADHD, yakni: tidak dapat memusatkan perhatian, hiperaktivitas dan tingkah laku impulsif sebagai gejala penyerta yang nyata ada pada lebih dari satu situasi (misalnya di rumah, di kelas dan di klinik).

Kesulitan memusatkan perhatian (*inattention*) meliputi :

- 1) Seringkali gagal untuk memberi perhatian dan membuat kesalahan yang ceroboh dalam PR, pekerjaan dan aktivitas yang lain
- 2) Seringkali mempunyai kesukaran mempertahankan perhatian dalam tugas dan aktivitas permainan
- 3) Seringkali tak tampak mendengarkan ketika diberi tahu secara langsung
- 4) Seringkali tak mengikuti instruksi dan gagal untuk menyelesaikan PR, pekerjaan sehari-hari dan kewajiban di

tempat kerja (bukan karena perilaku menentang atau gagal untuk memahami instruksi)

- 5) Seringkali mempunyai kesukaran mengorganisir tugas dan aktivitas
- 6) Seringkali menghindari, tak menyukai, atau enggan untuk ikut serta dalam tugas yang menuntut usaha mental yg terus menerus.
- 7) Seringkali kehilangan barang-barang yang diperlukan untuk tugas atau aktivitas
- 8) Seringkali mudah teralih oleh stimuli eksternal
- 9) Seringkali pelupa dalam aktivitas sehari-hari
- 10) Sering tidak memperhatikan hal-hal kecil/detil, atau membuat kesalahan yang sepele.

Impulsivitas meliputi;

- 1) Sering sudah menjawab sebelum pertanyaan yang diajukan selesai diucapkan.
- 2) Sulit menunggu giliran, tak sabar.
- 3) Sering menyela pembicaraan atau mengacau permainan anak lain, atau berteriak di kelas.
- 4) Bicaranya banyak, tanpa menyesuaikan dengan suasana.
- 5) Mengerjakan hal-hal berbahaya tanpa pikir panjang.

Hiperaktivitas meliputi :

- 1) Banyak menggerakkan tangan dan kakinya ketika duduk.
- 2) Sulit tetap duduk diam, sering meninggalkan tempat duduknya.
- 3) Sering berlari-lari atau memanjat pada situasi yang tak sesuai.
- 4) Biasanya ribut bila bermain dan sulit melakukan kegiatan dengan santai dan tenang.
- 5) Berganti-ganti kegiatan tanpa menyelesaikannya.
- 6) Sering berbicara berlebihan

b. Input tambahan

SDM : Psikiater, Psikolog, Pedagog, Pekerja Sosial

Alat dan sarana : APE (ALAT Permainan Edukatif), Biofeedback

c. Proses

Penegakan diagnosa

- 1) Salah satu dari (1) atau (2):

- a) Terdapat minimal enam atau lebih gejala inatensi yang menetap dan sudah berlangsung minimal 6 bulan sampai ke tingkat yang maladaptif dan tidak sesuai dengan tingkat perkembangan anak
- b) Terdapat minimal enam atau lebih gejala-gejala hiperaktivitas-impulsivitas yang telah menetap sekurangnya 6 bulan sampai ke tingkat yang maladaptif dan tidak sesuai dengan tingkat perkembangan anak
- 2) Beberapa gejala hiperaktif-impulsif atau inatensi yang menyebabkan gangguan ini sudah timbul sebelum usia 7 tahun.
- 3) Gejala tersebut terjadi minimal pada dua situasi atau tempat yang berbeda.
- 4) Harus ada bukti yang jelas bahwa gejala ini menimbulkan gangguan fungsi anak yang bermakna di fungsi sosial, akademik dan fungsi pekerjaan lainnya.
- 5) Gejala tersebut tak timbul hanya selama perjalanan Gangguan Perkembangan Pervasif, Skizofrenia, atau Gangguan Psikotik lainnya dan tidak dapat digolongkan ke dalam gangguan jiwa yg lain.

Tata laksana

Pengobatan disesuaikan dengan etiologi, keadaan dan usia anak.

- 1) Terapi obat-obat dengan salah satu obat dibawah ini:
 - a) Stimulansia
 - b) Antidepresan trisiklik
 - c) Antihistamin
 - d) Benzodiazepine
 - e) Neuroleptika
- 2) Psikoterapi suportif
 - a) Memberikan pengertian pada anak akan kekurangannya
 - b) Memberi harapan atau keinginan anak sewajarnya
 - c) Membantu menyelesaikan persoalan emosi anak yang timbul akibat gangguannya (putus asa, depresi, rasa rendah diri, rasa marah atau permusuhan)
- 3) Modifikasi tingkah laku
 - a) Untuk anak > 6 tahun

- b) Berupa *'behavior contract'* yaitu memberi penghargaan (reward) atau hadiah bila anak bertingkah laku baik atau mau bekerja sama dalam pengobatan
- 4) Bimbingan untuk orangtua
 - a) Memberikan pengertian bahwa ada gangguan pada anaknya dan bahwa gejala hiperaktif kemungkinan akan berkurang setelah pubertas.
 - b) Dapat membantu mengarahkan aktivitas anak ke hal yang lebih produktif.
- 5) Bimbingan untuk guru

Memberikan pengertian kepada guru akan gangguan pada anak dan bahwa diperlukan kesabaran dari guru dalam mengajar anak di sekolah. Diperlukan sistem mengajar yang disesuaikan dengan kekurangannya (*remedial teaching*).

Pencegahan

- 1) Pencegahan primer melalui berbagai program sosial yang ditujukan untuk menciptakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan anak. Contohnya adalah perawatan pranatal awal, program intervensi dini bagi orang tua dengan faktor resiko yang sudah diketahui dalam membesarkan anak, dan mengidentifikasi anak-anak yang berisiko untuk memberikan dukungan dan pendidikan kepada orang tua dari anak-anak ini.
- 2) Pencegahan sekunder dengan menemukan kasus secara dini pada anak-anak yang mengalami kesulitan di sekolah sehingga tindakan yang tepat dapat segera dilakukan. Metodenya meliputi konseling individu dengan program bimbingan sekolah dan rujukan kesehatan jiwa komunitas, layanan intervensi krisis bagi keluarga yang mengalami situasi traumatik, konseling kelompok di sekolah, dan konseling teman sebaya.

d. Output

Penemuan kasus dini

e. Outcome

- 1) Perbaiki gejala/perilaku
- 2) Perbaiki kualitas hidup