

## I. Psikiatri

### 1. Gangguan Somatoform

No ICPC-2 : P75. *Somatization disorder*

No ICD-10 : F45 *Somatoform disorders*

Tingkat Kemampuan 4A

#### Masalah Kesehatan

Gangguan somatoform merupakan suatu kelompok kelainan psikiatrik yang manifestasinya dapat berupa berbagai gejala fisik yang dirasakan signifikan oleh pasien namun tidak ditemukan penyebabnya secara medis. Tidak ada data yang pasti mengenai prevalensi gangguan ini di Indonesia. Satu penelitian di Jakarta mendapatkan prevalensi gangguan jiwa yang terdeteksi di Puskesmas sebesar 31,8%. Pada penelitian ini, jenis gangguan yang tersering adalah neurosis, yaitu sebesar 25,8%, dan di dalamnya termasuk psikosomatik. Walaupun tidak ada kondisi medis yang serius, gejala-gejala yang dirasakan oleh pasien dengan gangguan somatoform sangat mengganggu dan berpotensi menimbulkan distress emosional. Peran dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama pada kasus gangguan somatoform sangat penting. Keberhasilan dokter dalam mengeksklusi kelainan medis, mendiagnosis gangguan somatoform dengan tepat, dan menatalaksana akan sangat membantu meningkatkan kualitas hidup pasien, mengurangi rujukan yang tidak perlu, dan menghindarkan pasien dari pemeriksaan medis yang berlebihan atau merugikan.

#### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

##### Keluhan

Pasien biasanya datang dengan keluhan fisik tertentu. Dokter harus mempertimbangkan diagnosis gangguan somatoform bila terdapat beberapa karakteristik berikut ini:

- a. Keluhan atau gejala fisik berulang,
- b. Dapat disertai dengan permintaan pemeriksaan medis,
- c. Hasil pemeriksaan medis tidak menunjukkan adanya kelainan yang dapat menjelaskan keluhan tersebut,

- d. Onset dan kelanjutan dari keluhan berhubungan erat dengan peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan atau konflik-konflik,
- e. Pasien biasanya menolak upaya untuk membahas kemungkinan adanya penyebab psikologis,
- f. Dapat terlihat perilaku mencari perhatian (histrionik), terutama pada pasien yang tidak puas karena tidak berhasil membujuk dokter menerima persepsinya bahwa keluhan yang dialami merupakan penyakit fisik dan memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

Selain untuk menegakkan diagnosis, anamnesis dilakukan untuk menggali pemahaman dan persepsi pasien mengenai kondisi yang dialaminya. Seringkali tujuan ini baru dapat dicapai setelah beberapa kali pertemuan. Dokter harus mengklarifikasi keluhan-keluhan pasien hingga dicapai kesamaan persepsi. Selain itu, perlu pula digali harapan dan keinginan pasien, keyakinan dan ketakutan yang mungkin pasien miliki, serta stresor psikososial yang mungkin dialami dan menjadi penyebab gangguan.

#### Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Tidak ada pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang spesifik yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis gangguan somatoform. Pemeriksaan fisik dan penunjang dilakukan untuk mengeksklusi kelainan organik yang dianggap relevan dengan keluhan pasien. Pemeriksaan penunjang yang terlalu berlebihan perlu dihindari agar tidak menambah kekhawatiran pasien.

#### Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama harus memikirkan diagnosis gangguan somatoform bila pada pasien terdapat keluhan dengan karakteristik sebagaimana yang telah dijelaskan pada halaman sebelumnya (lihat poin Hasil Anamnesis (*Subjective*)). Dalam praktik sehari-hari, dokter dapat menggunakan kuesioner khusus sebagai alat bantu skrining gangguan somatoform. Salah satu contohnya adalah *Patient Health Questionnaire 15* (PHQ-15). Berikut ini adalah langkah-langkah pendekatan terhadap

keluhan fisik pasien hingga dokter sampai pada kesimpulan diagnosis gangguan somatoform:

a. Mengeksklusi kelainan organik

Keluhan dan gejala fisik yang dialami oleh pasien perlu ditindaklanjuti sesuai dengan panduan tatalaksana medis terkait, dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang relevan.

b. Mengeksklusi gangguan-gangguan psikiatri yang tergolong dalam kelompok dan blok yang hirarkinya lebih tinggi.

Penegakkan diagnosis gangguan psikiatrik dilakukan secara hirarkis. Dalam Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III, gangguan somatoform memiliki kode F45 dan merupakan blok penyakit yang termasuk dalam kelompok F40-F48, yaitu gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan yang berkaitan dengan stres. Dengan demikian, pada kasus gangguan somatoform, dokter perlu mengeksklusi gangguan mental organik (F00-F09), gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (F10-F19), skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham (F20-F29), serta gangguan suasana perasaan atau mood atau afektif (F30-F39). Pada blok F40-F48 sendiri, dokter perlu terlebih dahulu memastikan ada tidaknya tanda-tanda gangguan ansietas (F40-F41), obsesif kompulsif (F42), reaksi stres dan gangguan penyesuaian (F43), dan gangguan disosiatif atau konversi (F44). Gangguan somatoform tidak dapat ditegakkan bila gejala dan tanda pada pasien memenuhi kriteria diagnostik gangguan di hirarki yang lebih tinggi.

c. Mengeksklusi kondisi *factitious disorder* dan *malingering*

Pada kondisi *factitious disorder*, pasien mengadopsi keluhan-keluhan fisik, tanpa ia sadari, sebagai upaya memperoleh keuntungan internal, misalnya: untuk mendapat perhatian lebih dari orang-orang tertentu di sekitarnya. Berbeda halnya dengan kondisi *malingering*, di mana pasien sengaja atau berpura-pura sakit untuk memperoleh keuntungan eksternal, misalnya: agar terhindar dari tanggung jawab atau kondisi tertentu, atau untuk memperoleh kompensasi uang tertentu). Pada gangguan somatoform, tidak ada keuntungan yang coba didapat oleh

pasien. Keluhan-keluhan yang disampaikan juga bukan sesuatu yang disengaja, malahan adanya keluhan-keluhan tersebut dipicu, dipertahankan, dan diperparah oleh kekhawatiran dan ketakutan tertentu (Oyama et al. 2007).

- d. Menggolongkan ke dalam jenis gangguan somatoform yang spesifik

Blok gangguan somatoform terdiri atas:

- a. F45.0. Gangguan somatisasi
- b. F45.1. Gangguan somatoform tak terinci
- c. F45.2. Gangguan hipokondrik
- d. F45.3. Disfungsi otonomik somatoform
- e. F45.4. Gangguan nyeri somatoform menetap
- f. F45.5. Gangguan somatoform lainnya
- g. F45.6. Gangguan somatoform yang tidak tergolongkan (YTT)

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Tujuan dari tatalaksana gangguan somatoform adalah mengelola gejala dan bukan menyembuhkan, karena pada dasarnya tidak ada kelainan medis yang dialami oleh pasien. Berikut ini adalah prinsip-prinsip dasar pengelolaan pasien dengan gangguan somatoform:

- a. Dokter harus menerima bahwa pasien memang betul-betul merasakan gejala pada tubuhnya dan memahami bahwa gejala-gejala tersebut mengganggu pasien. Dokter perlu melatih diri untuk tidak terlalu prematur menganggap pasien berpura-pura (*malingering*) tanpa didukung bukti yang kuat. Kunci utama tatalaksana gangguan somatoform adalah membangun kemitraan dengan dan kepercayaan dari pasien.
- b. Bila terdapat kecurigaan adanya gangguan somatoform, dokter perlu mendiskusikan kemungkinan ini sedini mungkin dengan pasien. Bila diagnosis gangguan somatoform sudah ditegakkan, dokter perlu mendiskusikannya dengan pasien.
- c. Dokter perlu mengedukasi pasien mengenai gangguan yang dialaminya dengan berempati dan menghindari konfrontasi. Dokter harus menunjukkan kesungguhan untuk membantu

pasien sebaik-baiknya, tanpa memaksa pasien untuk menerima pendapat dokter.

- d. Pemeriksaan medis dan rujukan ke layanan sekunder yang tidak perlu harus dihindari. Bila ada gejala baru, dokter perlu berhati-hati dalam menganjurkan pemeriksaan atau rujukan.
- e. Dokter harus memfokuskan penatalaksanaan pada fungsi pasien sehari-hari, bukan gejala, serta pada pengelolaan gejala, bukan penyembuhan.
- f. Dokter perlu menekankan modifikasi gaya hidup dan reduksi stres. Keluarga pasien dapat dilibatkan dalam tatalaksana bila memungkinkan dan diperlukan. Pasien mungkin perlu dibantu untuk mengidentifikasi serta mengelola stres secara efektif, misalnya dengan relaksasi, *breathing control*. Peningkatan aktifitas fisik dapat disarankan untuk mengurangi *fatigue* dan nyeri muskuloskeletal
- g. Bila gangguan somatoform merupakan bagian dari kelainan psikiatrik lain, dokter harus mengintervensi dengan tepat.
- h. Dokter perlu menjadwalkan pertemuan yang reguler sebagai *follow-up*. Pertemuan dapat singkat saja, misalnya 1 kali setiap bulan selama 5 – 10 menit, terutama untuk memberi dukungan dan *reassurance*. Dokter perlu membatasi dan menghindari konsultasi via telepon atau kunjungan-kunjungan yang bersifat mendesak.
- i. Dokter perlu berkolaborasi dengan psikiater bila diperlukan, misalnya saat penegakan diagnosis yang sulit, menentukan adanya komorbid psikiatrik lain, atau terkait pengobatan.

#### Non-medikamentosa

*Cognitive behavior therapy* (CBT) merupakan salah satu tatalaksana yang efektif untuk mengelola gangguan somatoform. Dalam CBT, dokter memposisikan diri sebagai mitra yang membantu pasien. Tahap awal dari CBT adalah mengkaji masalah pasien dengan tepat dan membantu pasien mengidentifikasi hal-hal yang selama ini menimbulkan atau memperparah gejala fisik yang dialami, misalnya distorsi kognitif, keyakinan yang tidak realistis, kekhawatiran, atau perilaku tertentu. Tahap selanjutnya adalah membantu pasien mengidentifikasi dan mencoba alternatif perilaku yang dapat

mengurangi atau mencegah timbulnya gejala-gejala fisik, yang dikenal sebagai *behavioral experiments*.

#### Medikamentosa

Penggunaan obat harus berdasarkan indikasi yang jelas. Hanya sedikit studi yang menunjukkan efektifitas yang signifikan dari penggunaan obat-obat untuk tatalaksana gangguan somatoform. Antidepresan dapat diberikan bila terdapat gejala-gejala depresi atau ansietas yang mengganggu.

#### Prognosis

- a. *Ad vitam* : *Bonam*
- b. *Ad functionam* : *Dubia*
- c. *Ad sanationam* : *Dubia*

Sebagian pasien tidak menunjukkan respon positif atas tatalaksana yang dilakukan dan gangguan somatoform terus berlanjut bahkan hingga seumur hidup. Kondisi ini diperkirakan terjadi pada 0,2 – 0,5% anggota populasi. Diagnosis dan tatalaksana dini dapat memperbaiki prognosis dan mengurangi hambatan pada fungsi sosial dan okupasi sehari-hari.

#### Peralatan

Untuk keperluan skrining, dapat disediakan lembar PHQ-15 di ruang praktik dokter. Selain itu, tidak ada peralatan khusus yang diperlukan terkait diagnosis dan tatalaksana gangguan somatoform.

#### Referensi

- a. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1993. F45 Gangguan Somatoform. In *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, pp. 209–221.
- b. Gill, D. & Bass, C., 1997. Somatoform and Dissociative Disorders: Assessment and Treatment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 3(1), pp.9–16. Available at: <http://apt.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/apt.3.1.9> [Accessed May 26, 2014].

- c. Hidayat, D. et al., 2010. Penggunaan Metode Dua Menit ( M2M ) dalam Menentukan Prevalensi Gangguan Jiwa di Pelayanan Primer. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 60(10), pp.448–453.
- d. Oyama, O., Paltoo, C. & Greengold, J., 2007. Somatoform Disorders. *American Family Physician*, 76, pp.1333–1338. Available at: [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp).
- e. PHQ Screeners, Physical Symptoms (PHQ-15). *Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners*. Available at: [http://www.phqscreeners.com/pdfs/04\\_PHQ-15/English.pdf](http://www.phqscreeners.com/pdfs/04_PHQ-15/English.pdf) [Accessed May 24, 2014].
- f. Ravesteijn, H. Van et al., 2009. Detecting Somatoform Disorders in Primary Care with the PHQ-15. *Annals of Family Medicine*, 7, pp.232–238. Available at: <http://www.annfammed.org/content/7/3/232.full.pdf+html>.

## 2. Demensia

No. ICPC-2 : P70 *Dementia*

No. ICD-10 : F03 Unspecified dementia

Tingkat Kemampuan 3A

### Masalah Kesehatan

Demensia merupakan sindrom akibat penyakit otak yang bersifat kronik progresif, ditandai dengan kemunduran fungsi kognitif multiple, termasuk dayaingat (memori), daya pikir, daya tangkap (komprehensi), kemampuan belajar, orientasi, kalkulasi, visuospasial, bahasa dan daya nilai. Gangguan kognitif biasanya diikuti dengan deteriorasi dalam kontrolemosi, hubungan sosial dan motivasi.

Pada umumnya terjadi pada usia lanjut, ditemukan pada penyakit Alzheimer, penyakit serebrovaskular, dan kondisi lain yang secara primer dan sekunder mempengaruhi otak.

### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

#### Keluhan

Keluhan utama adalah gangguan daya ingat, mudah lupa terhadap kejadian yang baru dialami, dan kesulitan mempelajari informasi baru. Diawali dengan sering lupa terhadap kegiatan rutin, lupa

terhadap benda-benda kecil, pada akhirnya lupa mengingat nama sendiri atau keluarga.

#### Faktor Risiko

Usia > 60 tahun (usialanjut).

Riwayat keluarga.

Adanya penyakit Alzheimer, serebrovaskular (hipertensi, penyakit jantung), atau diabetes mellitus.

#### Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

##### Pemeriksaan Fisik

- a. Kesadaran sensorium baik.
- b. Penurunan daya ingat yang bersifat kronik dan progresif. Gangguan fungsi otak terutama berupa gangguan fungsi memori dan bahasa, seperti afasia, aphrasia, serta adanya kemunduran fungsi kognitif eksekutif.
- c. Dilakukan pemeriksaan untuk menyingkirkan adanya gangguan neurologik atau penyakit sistemik

##### Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium dilakukan jika ada kecurigaan adanya kondisi medis yang menimbulkan dan memper berat gejala. Dapat dilakukan *Mini Mental State Examination* (MMSE).

#### Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

##### Diagnosis Klinis

Pemeriksaan dilakukan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

##### Kriteria Diagnosis

- a. Adanya penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir yang sampai mengganggu kegiatan harian seseorang
- b. Tidak ada gangguan kesadaran
- c. Gejala dan disabilitas sudah nyata untuk paling sedikit enam bulan

##### Klasifikasi

- a. Demensia pada penyakit Alzheimer
- b. Demensia Vaskular (Demensia multiinfark)
- c. Demensia pada penyakit Pick (Sapi Gila)
- d. Demensia pada penyakit Creufield-Jacob



- e. Demensia pada penyakit Huntington
- f. Demensia pada penyakit Parkinson
- g. Demensia pada penyakit HIV/AIDS
- h. Demensia tipe Alzheimer prevalensinya paling besar (50-60%), disusul demensia vaskular (20-30%)

Diagnosis Banding

Delirium, Depresi, Gangguan Buatan, Skizofrenia

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Penatalaksanaan

a. Non farmakologi

- 1) Modifikasi faktor resiko yaitu kontrol penyakit fisik, lakukan aktifitas fisik sederhana seperti senam otak, stimulasi kognitif dengan permintaan, kuis, mengisi teka-teki silang, bermain catur.
- 2) Modifikasi lingkungan sekitar agar lebih nyaman dan aman bagi pasien.
- 3) Rencanakan aktivitas hidup sehari-hari (mandi, makan, dan lain-lain) untuk mengoptimalkan aktivitas independen, meningkatkan fungsi, membantu adaptasi dan mengembangkan keterampilan, serta meminimalisasi kebutuhan akan bantuan.
- 4) Ajarkan kepada keluarga agar dapat membantu mengenal barang milik pribadinya, mengenal waktu dengan menggunakan jam besar, kalender harian, dapat menyebutkan namanya dan anggota keluarga terdekat, mengenal lingkungan sekitar, beri pujian jika dapat menjawab dengan benar, bicara dengan kalimat sederhana dan jelas (satu atau dua tahap saja), bila perlu gunakan isyarat atau sentuhan lembut.

b. Farmakologi

- 1) Jangan berikan inhibitor asetilkolinesterase (seperti: donepezil, galantamine dan rivastigmine) atau memantine secara rutin untuk semua kasus demensia. Pertimbangkan pemberiannya hanya pada kondisi yang memungkinkan diagnosis spesifik penyakit Alzheimer ditegakkan dan

tersedia dukungan serta supervisi adekuat oleh spesialis serta pemantauan efek samping oleh pelaku rawat.

- 2) Bila pasien berperilaku agresif, dapat diberikan antipsikotik dosis rendah, seperti Haloperidol 0,5 – 1 mg/hari-

#### Kriteria Rujukan

- a. Pasien dirujuk untuk konfirmasi diagnosis dan penatalaksanaan lanjutan.
- b. Apabila pasien menunjukkan gejala agresifitas dan membahayakan dirinya atau orang lain.

#### Peralatan

Tidak ada Peralatan khusus

#### Prognosis

Prognosis umumnya *ad vitam* adalah *dubia ad bonam*, sedangkan fungsi adalah *dubia ad malam*. *Ad sanationam* adalah *ad malam*.

#### Referensi

- a. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III, cetakan pertama, 1993. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 1993)
- b. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa/Psikiatry, 2012. (Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia, 2012)
- c. World Health Organization. MH gap Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings, 2010. (World Health Organization, 2010)

### 3. Insomnia

No. ICPC-2 : P06 *Sleep disturbance*

No. ICD-10 : F51 *Insomnia non organik pada psikiatri*

Tingkat Kemampuan 4A

### Masalah Kesehatan

Insomnia adalah gejala atau gangguan dalam tidur, dapat berupa kesulitan berulang untuk mencapai tidur, atau mempertahankan tidur yang optimal, atau kualitas tidur yang buruk. Pada kebanyakan kasus, gangguan tidur adalah salah satu gejala dari gangguan lainnya, baik mental (psikiatrik) atau fisik.

Secara umum lebih baik membuat diagnosis gangguan tidur yang spesifik bersamaan dengan diagnosis lain yang relevan untuk menjelaskan secara kuat psikopatologi dan atau patofisiologinya.

### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

#### Keluhan

Sulit masuk tidur, sering terbangun di malam hari atau mempertahankan tidur yang optimal, atau kualitas tidur yang buruk.

#### Faktor Risiko

- a. Adanya gangguan organik (seperti gangguan endokrin, penyakit jantung).
- b. Adanya gangguan psikiatrik seperti gangguan psikotik, gangguan depresi, gangguan cemas, dan gangguan akibat zat psikoaktif.

#### Faktor Predisposisi

- a. Sering bekerja di malam hari .
- b. Jam kerja tidak stabil.
- c. Penggunaan alkohol, kafein atau zat adiktif yang berlebihan.
- d. Efek samping obat.
- e. Kerusakan otak, seperti: encephalitis, stroke, penyakit Alzheimer

### Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

#### Pemeriksaan Fisik

Pada status generalis, pasien tampak lelah dan mata cekung. Bila terdapat gangguan organik, ditemukan kelainan pada organ.

#### Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan spesifik tidak diperlukan.

### Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

#### Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis.

#### Pedoman Diagnosis

- a. Keluhan adanya kesulitan masuk tidur atau mempertahankan tidur atau kualitas tidur yang buruk
- b. Gangguan terjadi minimal tiga kali seminggu selama minimal satu bulan.
- c. Adanya preokupasi tidak bisa tidur dan peduli yang berlebihan terhadap akibatnya pada malam hari dan sepanjang siang hari.
- d. Ketidakpuasan terhadap kuantitas dan atau kualitas tidur menyebabkan penderitaan yang cukup berat dan mempengaruhi fungsi dalam sosial dan pekerjaan.

#### Diagnosis Banding

Gangguan Psikiatri, Gangguan Medik umum, Gangguan Neurologis, Gangguan Lingkungan, Gangguan Ritme sirkadian.

#### Komplikasi

Dapat terjadi penyalahgunaan zat.

### Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

#### Penatalaksanaan

- a. Pasien diberikan penjelasan tentang faktor-faktor risiko yang dimilikinya dan pentingnya untuk memulai pola hidup yang sehat dan mengatasi masalah yang menyebabkan terjadinya insomnia.
- b. Untuk obat-obatan, pasien dapat diberikan Lorazepam 0,5 – 2 mg atau Diazepam 2-5 mg pada malam hari. Pada orang yang berusia lanjut atau mengalami gangguan medik umum diberikan dosis minimal efektif.

#### Konseling dan Edukasi

Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga agar mereka dapat memahami tentang insomnia dan dapat menghindari pemicu terjadinya insomnia.

#### Kriteria Rujukan

Apabila setelah 2 minggu pengobatan tidak menunjukkan perbaikan, atau apabila terjadi perburukan walaupun belum sampai 2 minggu,

pasien dirujuk kefasilitas kesehatan sekunder yang memiliki dokter spesialis kedokteran jiwa.

#### Peralatan

Tidak ada Peralatan khusus

#### Prognosis

Prognosis pada umumnya *bonam*

#### Referensi

- a. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III, cetakan pertama, 1993.
- b. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa/Psikiatry, 2012.
- c. World Health Organization. MH gap Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings, 2010.

#### 4. Gangguan Campuran Anxietas Dan Depresi

No. ICPC-2 : P74 *Anxiety Disorder (anxiety state)*

No. ICD-10 : F41.2 *Mixed Anxiety and Depression Disorder*

Tingkat Kemampuan 3A

#### Masalah Kesehatan

Gangguan yang ditandai oleh adanya gejala-gejala anxietas (kecemasan) dan depresi bersama-sama, dan masing-masing gejala tidak menunjukkan rangkaian gejala yang cukup berat untuk dapat ditegakannya suatu diagnosis tersendiri. Untuk gejala anxietas, beberapa gejala autonomik harus ditemukan, walaupun tidak terus-menerus, di samping rasa cemas atau khawatir berlebihan.

#### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

##### Keluhan

Biasanya pasien datang dengan keluhan fisik seperti: nafas pendek/cepat, berkeringat, gelisah, gangguan tidur, mudah lelah, jantung berdebar, gangguan lambung, diare, atau bahkan sakit kepala yang disertai dengan rasa cemas/khawatir berlebihan.

Allo dan Auto Anamnesis tambahan:

- a. Adanya gejala seperti minat dalam melakukan aktivitas/semangat yang menurun, merasa sedih/ murung, nafsu makan berkurang atau meningkat berlebihan, sulit berkonsentrasi, kepercayaan diri yang menurun, pesimistis.
- b. Keluhan biasanya sering terjadi, atau berlangsung lama, dan terdapat stresor kehidupan.
- c. Menyingkirkan riwayat penyakit fisik dan penggunaan zat (alkohol, tembakau, stimulan, dan lain-lain)

Faktor Risiko

- a. Adanya faktorbiologis yang mempengaruhi, antara lain hiper aktivitas sistem noradrenergik, faktorgenetik.
- b. Ciri kepribadian tertentu yang imatur dan tidak fleksibel, seperti ciri kepribadian dependen, skizoid, anankastik, cemas menghindar.
- c. Adanya stres kehidupan.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Respirasi meningkat, tekanan darah dapat meningkat, dan tanda lain sesuai keluhan fisiknya.

Pemeriksaan penunjang

Laboratorium dan penunjang lainnya tidak ditemukan adanya tanda yang bermakna. Pemeriksaan laboratorium bertujuan untuk menyingkirkan diagnosis banding sesuai keluhan fisiknya.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis klinis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Kriteria diagnosis berdasarkan ICD 10, yaitu: adanya gejala-gejala kecemasan dan depresi yang timbul bersamaan, dan masing-masing gejala tidak menunjukkan rangkaian gejala yang cukup berat untuk dapat ditegakkannya suatu diagnosis tersendiri.

- a. Gejala-gejala kecemasan antara lain:
  - 1) Kecemasan atau khawatir berlebihan, sulit berkonsentrasi
  - 2) Ketegangan motorik: gelisah, sakit kepala, gemetaran, tegang, tidak dapat santai

- 3) Aktivitas autonomik berlebihan: palpitasi, berkeringat berlebihan, sesak nafas, mulut kering, pusing, keluhan lambung, diare.
- b. Gejala-gejala depresi antara lain: suasana perasaan sedih/murung, kehilangan minat/kesenangan (menurunnya semangat dalam melakukan aktivitas), mudah lelah, gangguan tidur, konsentrasi menurun, gangguan pola makan, kepercayaan diri yang berkurang, pesimistis, rasa tidak berguna/rasa bersalah

#### Diagnosis Banding

Gangguan Cemas (*Anxietas*) Organik, Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat, Gangguan Depresi, Gangguan Cemas Menyeluruh, Gangguan Panik, Gangguan Somatoform

#### Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

##### Penatalaksanaan

##### a. Non-farmakologi

- 1) Konseling dan edukasi pada pasien dan keluarga
  - a) Karena gangguan campuran cemas depresi dapat mengganggu produktivitas pasien, keluarga perlu memahami bahwa hal ini bukan karena pasien malas atau tidak mau mengerjakan tugasnya, melainkan karena gejala-gejala penyakitnya itu sendiri, antara lain mudah lelah serta hilang energi. Oleh sebab itu, keluarga perlu memberikan dukungan agar pasien mampu dan dapat mengatasi gejala penyakitnya.
  - b) Gangguan campuran anxietas dan depresi kadang-kadang memerlukan pengobatan yang cukup lama, diperlukan dukungan keluarga untuk memantau agar pasien melaksanakan pengobatan dengan benar, termasuk minum obat setiap hari.
- 2) Intervensi Psikososial
  - a) Lakukan penentraman (reassurance) dalam komunikasi terapeutik, dorong pasien untuk mengekspresikan pikiran perasaan tentang gejala dan riwayat gejala.

- b) Beri penjelasan adanya pengaruh antara faktor fisik dan psikologis, termasuk bagaimana faktor perilaku, psikologik dan emosi berpengaruh mengeksaserbasi gejala somatik yang mempunyai dasar fisiologik.
  - c) Bicarakan dan sepakati rencana pengobatan dan follow-up, bagaimana menghadapi gejala, dan dorong untuk kembali keaktivitas normal.
  - d) Ajarkan teknik relaksasi (teknik nafas dalam)
  - e) Anjurkan untuk berolah raga teratur atau melakukan aktivitas yang disenangi serta menerapkan perilaku hidup sehat.
  - f) Ajarkan untuk selalu berpikir positif dan manajemen stres dengan baik.
- b. Farmakologi:
- 1) Untuk gejala kecemasan maupun depresinya, diberikan antidepresan dosis rendah, dapat dinaikkan apabila tidak ada perubahan yang signifikan setelah 2-3 minggu: fluoksetin 1x10-20 mg/hari atau sertraline 1 x 25-50 mg/hari atau amitriptilin 1x12,5-50 mg/hari atau imipramine 1-2x10-25 mg/hari. Catatan: amitriptilin dan imipramine tidak boleh diberikan pada pasien dengan penyakit jantung, dan pemberian berhati-hati untuk pasien lansia karena efek hipotensi ortostatik (dimulai dengan dosis minimal efektif).
  - 2) Pada pasien dengan gejala kecemasan yang lebih dominan dan atau dengan gejala insomnia dapat diberikan kombinasi fluoksetin atau sertraline dengan antianxietas benzodiazepin. Obat-obatan antianxietas jenis benzodiazepin yaitu: diazepam 1x2-5 mg atau lorazepam 1-2 x 0,5-1 mg atau klobazam 2x5-10 mg atau alprazolam 2x 0,25-0,5mg. Setelah kira-kira 2-4 minggu benzodiazepin *ditapering-off* perlahan, sementara antidepresan diteruskan hingga 4-6 bulan sebelum *ditapering-off*. Hati-hati potensi penyalahgunaan pada alprazolam karena waktu paruh yang pendek.



#### Kriteria Rujukan

Pasien dapat dirujuk setelah didiagnosis mengalami gangguan ini, terutama apabila gejala progresif dan makin bertambah berat yang menunjukkan gejala depresi seperti pasien menolak makan, tidak mau merawat diri, ada ide/tindakan bunuh diri; atau jika tidak ada perbaikan yang signifikan dalam 2-3 bulan terapi.

#### Peralatan

Tidak ada peralatan khusus.

#### Prognosis

Pada umumnya prognosis gangguan ini adalah *bonam*.

#### Referensi

- a. Kaplan and Sadock, *Synopsis of psychiatry*, 7<sup>th</sup> edition, William and Wilkins.
- b. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman penggolongan dan diagnosis Gangguan jiwa di Indonesia III*, cetakan pertama, 1993.
- c. World Health Organization. *Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 chapter V, primary care version*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers. (World Health Organization, t.thn.)
- d. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa/ Psikiatri*, 2012

#### 5. Gangguan Psikotik

No. ICPC-2 : P98 *Psychosis NOS/other*

No. ICD-10 PC: F20 *Chronic Psychotic Disorder*

Tingkat Kemampuan 3A

#### Masalah Kesehatan

Gangguan yang ditandai dengan ketidakmampuan atau hendaya berat dalam menilai realita, berupa sindroma (kumpulan gejala), antara lain dimanifestasikan dengan adanya halusinasi dan waham.

#### Hasil Anamnesis (Subjective)

Keluhan

Pasien mungkin datang dengan keluhan:

- a. Sulit berpikir/sulit berkonsentrasi
- b. Tidak dapat tidur, tidak mau makan
- c. Perasaan gelisah, tidak dapat tenang, ketakutan
- d. Bicara kacau yang tidak dapat dimengerti
- e. Mendengar suara orang yang tidak dapat didengar oleh orang lain
- f. Adanya pikiran aneh yang tidak sesuai realita
- g. Marah tanpa sebab yang jelas, kecurigaan yang berat, perilaku kacau, perilaku kekerasan
- h. Menarik diri dari lingkungannya dan tidak merawat diri dengan baik

Alo dan Auto Anamnesis tambahan:

Singkirkan adanya kemungkinan penyakit fisik (seperti demam tinggi, kejang, trauma kepala) dan penggunaan zat psikoaktif sebagai penyebab timbulnya keluhan.

Faktor Risiko

- a. Adanya faktor biologis yang mempengaruhi, antara lain hiperaktivitas sistem dopaminergik dan faktor genetik.
- b. Ciri kepribadian tertentu yang imatur, seperti ciri kepribadian skizoid, paranoid, dependen.
- c. Adanya stresor kehidupan.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik diperlukan untuk menyingkirkan penyebab organik dari psikotiknya (gangguan mental organik). Selain itu pasien dengan gangguan psikotik juga sering terdapat gangguan fisik yang menyertai karena perawatan diri yang kurang.

Pemeriksaan Penunjang

- a. Dilakukan jika dicurigai adanya penyakit fisik yang menyertai untuk menyingkirkan diagnosis banding gangguan mental organik.
- b. Apabila ada kesulitan dalam merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut maka pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang mampu perlu dilakukan pemeriksaan penunjang yang sesuai seperti: darah perifer

lengkap, elektrolit, gula darah, fungsi hati, fungsi ginjal, serta radiologi dan EKG.

#### Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

##### Diagnosis Klinis

Diagnosis klinis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Kriteria diagnosis berdasarkan ICD 10-PC, yaitu:

- a. Halusinasi (terutama halusinasi dengar); merupakan gangguan persepsi (persepsi palsu), tanpa adanya stimulus sensori eksternal. Halusinasi dapat terjadi pada setiap panca indra, yaitu halusinasi dengar, lihat, cium, raba, dan rasa.
- b. Waham (delusi); merupakan gangguan pikiran, yaitu keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan realita dan logika, namun tetap dipertahankan dan tidak dapat dikoreksi dengan cara apapun serta tidak sesuai dengan budaya setempat. Contoh: waham kejar, waham kebesaran, waham kendali, waham pengaruh.
- c. Perilaku kacau atau aneh
- d. Gangguan proses pikir (terlihat dari pembicaraan yang kacau dan tidak dimengerti)
- e. Agitatif
- f. Isolasi sosial (*social withdrawal*)
- g. Perawatan diri yang buruk

##### Diagnosis Banding

- a. Gangguan Mental Organik (Delirium, Dementia, Psikosis Epileptik)
- b. Gangguan Mental dan Perilaku akibat Penggunaan Zat (Napza)
- c. Gangguan Afektif Bipolar/ Gangguan Manik
- d. Gangguan Depresi (dengan gejala psikotik)

#### Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

##### Penatalaksanaan

- a. Intervensi Psikososial
  - 1) Informasi penting bagi pasien dan keluarga
    - a) Agitasi dan perilaku aneh merupakan gejala gangguan mental, yang juga termasuk penyakit medis.
    - b) Episode akut sering mempunyai prognosis yang baik, tetapi perjalanan penyakit jangka panjang sulit

diprediksi. Pengobatan perlu dilanjutkan meskipun setelah gejala mereda.

- c) Gejala-gejala dapat hilang timbul. Diperlukan antisipasi dalam menghadapi kekambuhan. Obat merupakan komponen utama dalam pengobatan. Minum obat secara teratur akan mengurangi gejala-gejala dan mencegah kekambuhan.
  - d) Dukungan keluarga penting untuk ketaatberobatan (*compliance*) dan rehabilitasi.
  - e) Organisasi masyarakat dapat menyediakan dukungan yang berharga untuk pasien dan keluarga.
- 2) Konseling pasien dan keluarga
- f) Bicarakan rencana pengobatan dengan anggota keluarga dan minta dukungan mereka. Terangkan bahwa minum obat secara teratur dapat mencegah kekambuhan. Informasikan bahwa obat tidak dapat dikurangi atau dihentikan tiba-tiba tanpa persetujuan dokter. Informasikan juga tentang efek samping yang mungkin timbul dan cara penanggulangannya.
  - g) Dorong pasien untuk melakukan fungsinya dengan seoptimal mungkin di pekerjaan dan aktivitas harian lain.
  - h) Dorong pasien untuk menghargai norma dan harapan masyarakat (berpakaian, berpenampilan dan berperilaku pantas).
  - i) Menjaga keselamatan pasien dan orang yang merawatnya pada fase akut:
    - (1) Keluarga atau teman harus menjaga pasien.
    - (2) Pastikan kebutuhan dasar terpenuhi (misalnya makan dan minum).
    - (3) Jangan sampai mencederai pasien.
  - j) Meminimalisasi stres dan stimulasi:
    - (1) Jangan mendebat pikiran psikotik (anda boleh tidak setuju dengan keyakinan pasien, tetapi jangan mencoba untuk membantah bahwa pikiran itu salah). Sedapat mungkin hindari konfrontasi dan kritik.

(2) Selama masa gejala-gejala menjadi lebih berat, istirahat dan menghindari stres dapat bermanfaat.

k) Agitasi yang berbahaya untuk pasien, keluarga dan masyarakat memerlukan rawat inap atau pengamatan ketat di tempat yang aman.

b. Farmakologi

- 1) Berikan obat antipsikotik: Haloperidol 2-3 x 2-5 mg/hari atau Risperidon 2x 1-3 mg/hari atau Klorpromazin 2-3 x 100-200 mg/hari. Untuk haloperidol dan risperidon dapat digabungkan dengan benzodiazepin (contoh: diazepam 2-3 x 5 mg, lorazepam 1-3 x 1-2 mg) untuk mengurangi agitasi dan memberikan efek sedasi. Benzodiazepin dapat *ditapering-off* setelah 2-4 minggu. Catatan: klorpromazin memiliki efek samping hipotensi ortostatik.
- 2) Intervensi sementara untuk gaduh gelisah dapat diberikan injeksi intra muskular haloperidol kerja cepat (*short acting*) 5 mg, dapat diulangi dalam 30 menit - 1 jam jika belum ada perubahan yang signifikan, dosis maksimal 30 mg/hari. Atau dapat juga dapat diberikan injeksi intra muskular klorpromazin 2-3 x 50 mg. Untuk pemberian haloperidol dapat diberikan tambahan injeksi intra muskular diazepam untuk mengurangi dosis antipsikotiknya dan menambah efektivitas terapi. Setelah stabil segera rujuk ke RS/RSJ.
- 3) Untuk pasien psikotik kronis yang tidak taat berobat, dapat dipertimbangkan untuk pemberian injeksi depo (jangka panjang) antipsikotik seperti haloperidol decanoas 50 mg atau fluphenazine decanoas 25 mg. Berikan injeksi I.M ½ ampul terlebih dulu untuk 2 minggu, selanjutnya injeksi 1 ampul untuk 1 bulan. Obat oral jangan diberhentikan dahulu selama 1-2 bulan, sambil dimonitor efek samping, lalu obat oral turunkan perlahan.
- 4) Jika timbul efek samping ekstrapiramidal seperti tremor, kekakuan, akinesia, dapat diberikan triheksifenidil 2-4 x 2 mg; jika timbul distonia akut berikan injeksi diazepam atau difenhidramin, jika timbul akatisia (gelisah, mondar mandir

tidak bisa berhenti bukan akibat gejala) turunkan dosis antipsikotik dan berikan *beta-blocker*, propranolol 2-3 x 10-20 mg.

c. Kunjungan Rumah (*home visit*)

Kunjungan rumah dilakukan sesuai indikasi untuk:

- 1) Memastikan kepatuhan dan kesinambungan pengobatan
- 2) Melakukan asuhan keperawatan
- 3) Melakukan pelatihan bagi pelaku rawat

Kriteria Rujukan

- a. Pada kasus baru dapat dirujuk untuk konfirmasi diagnostik ke fasyankes sekunder yang memiliki pelayanan kesehatan jiwa setelah dilakukan penatalaksanaan awal.
- b. Kondisi gaduh gelisah yang membutuhkan perawatan inap karena berpotensi membahayakan diri atau orang lain segera dirujuk setelah penatalaksanaan awal.

Peralatan

- a. Alat *restraint* (fiksasi)
- b. Alat transportasi untuk merujuk (bila tersedia).

Prognosis

Untuk *ad Vitam* adalah *bonam*, *ad fungsionam* adalah *dubia*, dan *ad sanationam* adalah *dubia*.

Referensi

- a. Kaplan and Sadock. *Synopsis of psychiatry*. 7<sup>th</sup>Ed. William and Wilkins.
- b. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III*. Ed 1. 1993.
- c. World Health Organization. *Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 chapter V, primary care version*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- d. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa/Psikiatri*. 2012.