

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 145/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

**TENTANG  
PANDUAN PRAKTIK KLINIS  
PELAYANAN PSIKIATRI**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

LEMBAR VALIDASI  
PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN PSIKIATRI  
NOMOR: 145/PER/DIR/RSIH/XI/2022

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	dr.Hendy Yogya, Sp.KJ(K)	Ketua KSM Psikiatri		29.11.2022
Verifikator	:	dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua Komite Medik		29.11.2022
	:	dr. IvaTania	Manajer Pelayanan Medik		29.11.2022
Validator	:	drg.Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		29.11.2022

## LEMBAR PENGESAHAN

### PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

NOMOR : 145/PER/DIR/RSIH/XI/2022

### TENTANG

### PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN PSIKIATRI

DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

Menimbang :

- a. Bahwa untuk penerapan standar pelayanan kedokteran yang baik di RS Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Praktik Klinis
- b. Bahwa untuk evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas dilakukan melalui audit klinis dan audit medis berdasarkan Panduan Praktik Klinis,
- c. Bahwa diperlukan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit dengan penerapan Panduan Praktik Klinis.
- d. Pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai c maka Direktur perlu menetapkan Panduan Praktik Klinis Pelayanan Psikiatri.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medis;
7. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;

8. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN PSIKIATRI**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 145/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Praktik Klinis Pelayanan Psikiatri
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 145/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Praktik Klinis Pelayanan Psikiatri Di Rumah Sakit Intan Husada
- Ketiga : Panduan Praktik Klinis Pelayanan Psikiatri digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Evaluasi Kinerja Staf Medis di Rumah Sakit Intan Husada
- Keempat : Panduan Praktik Klinis Pelayanan Psikiatri sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 29 November 2022  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**

## DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI .....	i
BAB I .....	1
Definisi .....	1
BAB II .....	2
Ruang Lingkup .....	2
BAB III .....	3
Tata Laksana .....	3
Bab Iv .....	16
Dokumentasi .....	16



## BAB I DEFINISI

### A. Pengertian

Pada paradigma lama praktik klinik masih didominasi oleh praktik kedokteran, namun dengan adanya *patient center care* dan juga *integrated* kolaborasi interprofesional maka praktik klinik juga diintegrasikan dengan praktik/asuhan keperawatan, asuhan gizi dan asuhan farmasi. Menjadi Panduan Praktik Klinik, Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG) dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf).

Panduan Praktik Klinik adalah istilah teknis sebagai pengganti Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Undang-undang Praktik Kedokteran 2004 dan Undang-Undang Keperawatan yang merupakan istilah administratif. Penggantian ini perlu untuk menghindarkan kesalahpahaman yang mungkin terjadi, bahwa “standar” merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan. Jadi secara teknis Standar Prosedur Operasional (SPO) dibuat berupa Panduan Praktik Klinik (PPK) yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: alur klinik (*Clinical Pathway*), protokol, prosedur, algoritme, *standing order*.

Bila tersedia Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Panduan Praktik Klinik (PPK) dibuat dengan rujukan utama Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Karena Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) hanya dibuat untuk sebagian kecil penyakit, maka sebagian besar Panduan Praktik Klinik (PPK) dibuat dengan rujukan lain Panduan Praktik Klinik (PPK) dapat sama/berbeda di RS yang berbeda:

1. Panduan Praktik Klinik (PPK) untuk DBD tanpa syok, mungkin bersifat sama di rumah sakit tipe A, B, C, D.
2. Di RS tipe A, Panduan Praktik Klinik (PPK) untuk PJB dari Dx sampai bedah, di RS tipe A yang lain hanya diagnosa lalu rujuk
3. Di RS tipe B *clinical pathway* untuk stroke melibatkan bedah saraf di RS B yang lain tidak
4. Jadi Panduan Praktik Klinik (PPK) bersifat *hospital specific*

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

- A. Kedaruratan Psikiatri
- B. Gangguan Skizofrenia
- C. Ketergantungan Benzodiazepin
- D. Gangguan Depresi Berat
- E. Gangguan Psikosomatik

### BAB III TATA LAKSANA

#### A. KEDARURATAN PSIKIATRI

##### 1. Pengertian

Adanya perilaku yang membahayakan dirinya dan lingkungan atau merusak objek vital (barang-barang berharga/penting) sehingga harus ditangani segera.

##### 2. Anamnesis

- Adanya perilaku gaduh gelisah dengan penurunan kesadaran atau tanpa penurunan kesadaran
- Menyerang/merusak secara membabi buta
- Melukai orang lain atau diri sendiri
- Percobaan bunuh diri
- Serangan panik dengan gejala-gejala fisik yang ekstrim
- Tidak kooperatif, dengan tingkah yang aneh dan menyimpang
- Teriak-teriak dan mengganggu lingkungan

##### 3. Pemeriksaan Psikiatri

- Ada penurunan kesadaran yang berkolerasi dengan gangguan fungsi otak, perilakunya tak terkendali
- Kesadaran kompos mentis, tapi perilakunya tak terkendali, agresif atau ada kecenderungan membahayakan orang lain atau dirinya
- Ada rasa putus asa yang berat sehingga ada keinginan mengakhiri hidupnya
- Serangan panik, dengan sesak nafas, jantung berdebar-debar, gelisah yang hebat.
- Adanya penggunaan obat-obatan psikotropika, ganja atau narkotika
- Mengeluh rasa nyeri yang hebat bersifat subjektif (psikogenik)

##### 4. Kriteria Diagnosis

- Adanya perilaku yang membahayakan dirinya
- Adanya perilaku yang membahayakan lingkungan
- Keluhannya panik bersifat psikogenik karena adanya konflik internal atau biopsikososial sebagai stresornya
- Penggunaan psikotropika, ganja atau opiat melewati overdosis
- Adanya penyakit intra atau ekstra serebral yang berpengaruh pada aspek psikologis/mental emosional
- Kejang-kejang atau sesak nafas hebat
- Perilaku kacau dan aneh dengan *reality testing ability* (RTA) terganggu

##### 5. Diagnosa Kerja

Suatu sindrom/komorbiditas kedaruratan psikiatri

##### 6. Diagnosa Banding

- Dellirium/Gangguan mental organik
- Ketergantungan atau putus zat komorbiditas dengan penyakit neurologis
- Kormobiditas dengan penyakit fisik lainnya
- Depresi berat dengan tentamen *suicide*
- Akut psikosis



7. Pemeriksaan Penunjang
  - a) Tes Urin Psikotropika/Narkoba
  - b) Tes elektrolit
  - c) Pemeriksaan penunjang terhadap penyakit fisik yang menyertai
8. Tatalaksana
  - a) Pemberian psikotropika yang sesuai untuk menghilangkan manifestasi simptom yang di tampilkan
  - b) Psikoterapi suportif
  - c) *Family* terapi
  - d) Terapi perilaku
9. Edukasi
  - a) Memberikan edukasi pada pasien setelah kooperatif dan realistik
  - b) Edukasi pada keluarga dan lingkungannya
10. Prognosis  
Ad vitam ad Fungsional baik
11. Tingkat *Evidence*
  - a) Maturitas kepribadian pasien
  - b) Kondisi sosial ekonomi dan lingkungan pasien
  - c) Tingkat stresor psikososial pasien
  - d) Pemeriksaan penunjang sesuai dengan komorbiditas penyakit fisik dan gangguan psikiatri yang dideritanya
  - e) Terapi yang sesuai dengan gangguan yang dideritanya
12. Tingkat Rekomendasi
  - a) Kedaruratan Psikiatri
    - 1) Membahayakan dirinya
    - 2) Membahayakan lingkungan
    - 3) Merusak alat-alat/instalasi vital/buat kegaduhan
  - b) Psikotik Akut
    - 1) CM, RTA terganggu, waham, halusinasi, TL/bicara kacau/tak terkendali
    - 2) Psikotropika *abuse*/intoksikasi  
Kesadaran terganggu sampai koma, disorientasi, kejang-kejang , gelisah
    - 3) *Delirium/acute confusional state*/gangguan metabolik :  
Kesadaran terganggu, fibril/-, elektrolit (Na<sup>+</sup>)
    - 4) *Panic attack* :  
CM, sesak, kejang-kejang, nafas tercekik , gelisah , keluhan somatik berat
    - 5) *Tentamen suicide* (TS) :  
Ada upaya melukai dirinya sendiri, makan atau minum racun/obat-obatan
    - 6) Psikotik akut : rik st psikiatri , T, S, N, oxymetri > inj midazolam *slow iv* (dalam 2 menit) 5-15 mg , sarankan perawatan ke RSHS bagian psikiatri, RSJ Cisarua cimahi
    - 7) Psikotropika : rik urin narkoba, > inj diazepam 10 mg *slow iv* atau midazolam *iv* 5 mg . Bilas lambung pada kasus intoksikasi dan observasi fungsi vital, bila perlu rawat di HCU
    - 8) Sarankan perawatan atau pemeriksaan psikometri di KSM Psikiatri dan berobat jalan
    - 9) *Delirium*: rik t, s, n, oxymetri, lab darah rutin, elektrolit, konsul neurologi,

interna, psikiatri bila memerlukan psikotropika. Di sarankan perawatan

- 10) *Panic attack* : tenangkan penderita, rik t, s, n, oxymetri, inj diazepam 10 slow iv , observasi bila terkendali diberikan r/ gol bzo selama 3 hari, kontrol poliklinik dan disarankan psikometri tes
- 11) *Tentamen suicide* (TS) : rik t, s, n, oxymetri. Bila luka konsul bagian bedah, bila minum racun bilas lambung, konsul interna. Perbaiki keadaan umum , saran perawatan , konsul psikiatri
  - Konsultasi atau rujukan sesuai komorbiditas penyakitnya
  - Pemeriksaan molekuler
  - Pemeriksaan kognitif
  - Pemeriksaan kepribadian
  - Pemeriksaan farmakologis
  - Monitoring efek samping obat
  - Monitoring dampak terhadap fungsi tubuh

### 13. Penelaah Kritis

#### a) Departemen KSM Psikiatri

- 1) Tindakan medis harus cepat dan tepat supaya tidak merugikan penderita dan lingkungan.
- 2) Analisis stressor psikososial: Masalah dengan keluarga (*Primary Support Group*), berkaitan dengan lingkungan sosial, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, akses pelayanan kesehatan, berkaitan interaksi dengan hukum/kriminal, psikososial dan lingkungan lainnya.
- 3) Monitoring efek samping obat-obatan yang diberikan.

### 14. Indikator Medis

- a) 100-9 : Tidak ada gejala, berfungsi maksimal, tidak ada masalah yang tidak tertanggulangi.
- b) 90-81 : Gejala minimal, berfungsi baik, cukup puas, tidak lebih dari masalah harian yang biasa
- c) 80-7 : Gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, sekolah dll
- d) 70-61 : Beberapa gejala ringan dan menetap, disabilitas ringan dalam fungsi, secara umum masih baik
- e) 60-51 : Gejala sedang, disabilitas sedang
- f) 50-41 : Gejala berat, disabilitas berat
- g) 40-31 : Beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi
- h) 30-21 : Disabilitas berat dalam komunikasi dan daya nilai , tidak mampu berfungsi hampir semua bidang
- i) 20-11 : Bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri
- j) 10 -11 : Seperti diatas, persisten dan lebih serius
- k) 0 : Informasi tidak adekuat

### 15. Kepustakaan

- a) *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), 2013
- b) *Diagnosis Gangguan Jiwa*, Rujukan ringkas PPDGJ-III dan DSM-5, 2013



- c) Kaplan Sadock'S Comprehensive Text Books of Psychiatry Tenth Edition 2017
- d) Stahl'S essential Psychopharmacology " Prescriber'S Guide Sixth Edition.2017

## B. GANGGUAN SKIZOFRENIA

### 1. Pengertian

Suatu sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Ditandai dengan penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta efek yang tidak wajar dari persepsi serta afek yang tidak wajar atau tumpul, kesadaran yang jernih, serta afek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual yang tetap terpelihara, walaupun kemunduran intelektual dapat berkembang kemudian

### 2. Anamnesis

- a) Adanya perilaku gaduh gelisah atau berdiam diri
- b) Menyerang/merusak secara membabi buta
- c) Melukai orang lain atau diri sendiri
- d) Adanya tingkah laku yang aneh
- e) Pembicaraan yang melantur

### 3. Pemeriksaan Psikiatri

- a) Kesadaran kompos mentis
- b) Daya nilai realita yang terganggu
- c) *Confuse of Concept*
- d) Adanya Pikiran yang salah (waham curiga, aneh, kejar, hubungan)
- e) Adanya Halusinasi (auditorik, visual, raba dll).
- f) Autistik, Ambivalensi
- g) Amotivasional, abulia
- h) Adanya negatif atau positif simtom

### 4. Kriteria Diagnosis

- a) Simtom sudah berlangsung 1 bulan , harus adanya 1 gejala waham yang menetap atau ada 2 gejala-gejala halusinasi, pembicaraan tak relevan, perilaku katatonik (*excited* atau *posturing*), dari kriteria dibawah ini :
  - 1) Isi pikiran yang berulang tentang dirinya (Thought Echo)
  - 2) Waham tentang dirinya yang dikendalikan oleh orang lain ( Delusion of Control) , pikiran yang dipengaruhi oleh orang lain ( Delusion of influence), waham tentang dirinya yang pasrah terhadap sesuatu kekuatan dari luar (Delusion of passivity), Delusion of perseption (waham tentang pengalaman indrawi). Wahamnya bersifat menetap
  - 3) Katatonik (gaduh gelisah atau mematung)
  - 4) Halusinasi dari panca indera yang menetap
  - 5) Pembicaraan yang inkoheren
  - 6) Gejala-gejala negatif, apatis, respon emosioal tumpul, bicara sangat terbatas sampai mutism
  - 7) Adanya penarikan diri secara sosial (Social Withdral)

5. Diagnosa Kerja  
Gangguan Skizofrenia
6. Diagnosa Banding
  - a) Gangguan Skizofrenia Paranoid
  - b) Gangguan Skizofrenia Katatonik
  - c) Gangguan Skizofrenia Hebefrenik
  - d) Gangguan Skizofrenia Residual
  - e) Gangguan Waham
  - f) Gangguan Skizoafektif
7. Pemeriksaan Penunjang
  - a) Darah rutin
  - b) SGOT, SGPT
  - c) Tes elektrolit
  - d) Kolesterol, HDL, LDL, Trigliserida, gula darah
8. Tatalaksana
  - a) Pemberian antipsikotika
  - b) Pemberian anti anxietas
  - c) Pemberian anti Insomnia
  - d) Psikoterapi suportif
  - e) *Family* terapi
  - f) Terapi perilaku
9. Edukasi
  - a) Memberikan edukasi pada pasien setelah kooperatif dan realistik
  - b) Edukasi pada keluarga dan lingkungannya
10. Prognosis  
Ad vitam ad Fungsional baik
11. Tingkat *Evidence*
  - a) Maturitas kepribadian
  - b) Kondisi sosial ekonomi dan lingkungan
  - c) Monitoring Efek samping berupa ekstra piramidal dan *metabolic syndrome*
  - d) *Maintenance* terapi supaya tidak terjadi *relapsing*
12. Tingkat Rekomendasi
  - a) Konsultasi atau rujukan sesuai komorbiditas penyakitnya
  - b) Monitoring ketat pada fase akut
  - c) Okupasi terapi setelah tenang
  - d) Pemberian obat antipsikotik jangka panjang
13. Indikator Medis  
GAF (global Assessment of Function) skala : 0-100
  - a) 100-91 : Tidak ada gejala, berfungsi maksimal, tidak ada masalah yang tidak tertanggulangi.
  - b) 90-81 : Gejala minimal, berfungsi baik, cukup puas, tidak lebih dari masalah harian yang biasa.
  - c) 80-71 : Gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, sekolah dll.
  - d) 70-61 : Beberapa gejala ringan dan menetap, disabilitas ringan dalam fungsi, secara umum masih baik.



- e) 60-51 : Gejala sedang, disabilitas sedang.
- f) 50-41 : Gejala berat, disabilitas berat
- g) 40-31 : Beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi.
- h) 30-21 : Disabilitas berat dalam komunikasi dan daya nilai , tidak mampu berfungsi hampir semua bidang.
- i) 20-11 : Bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri.
- j) 10 -11 : Seperti diatas, persisten dan lebih serius.
- k) 0 : Informasi tidak adekuat .

#### 14. Penelaah Kritis

Departemen KSM Psikiatri

- a) Tindakan medis harus cepat dan tepat supaya tidak merugikan penderita dan lingkungan.
- b) Analisis stressor psikososial: Masalah dengan keluarga (*Primary Support Group*), berkaitan dengan lingkungan sosial, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, akses pelayanan kesehatan, berkaitan interaksi dengan hukum/kriminal, psikososial dan lingkungan lainnya.

#### 15. Kepustakaan

- a) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 2013
- b) Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan ringkas PPDGJ-III dan DSM-5, 2013
- c) Kaplan Sadock'S Comprehensive Text Books of Psychiatry Tenth Edition 2017
- d) Stahl'S essential Psychopharmacology " Prescriber'S Guide Sixth Edition.2017

### C. KETERGANTUNGAN BENZODIAZEPIN

#### 1. Pengertian

Menyalahgunakan obat-obatan golongan benzodiazepin diluar petunjuk dokter, karena pengaruh pergaulan atau mengobati dirinya sendir dari rasa cemas, sulit tidur yang berlangsung lama lebih dari 1 tahun. Biasanya mendapatkan obat-obatan dari *black market*. Bila menghentikan obat-obatan tersebut timbul gejala-gejala fisik dan psikologis yang menyakitkan.

#### 2. Anamnesis

- a) Menggunakan obat-obatan Xanax, Calmet, Zypraz, alprazolam sekitar 7-8 mg sehari, sudah berlangsung lebih dari 1 tahun.
- b) Pengalihan dari penggunaan Metamphetamin (shabu) sebelumnya beralih ke golongan Alprazolam
- c) Obat Alprazolam memberikan rasa percaya diri dan semangat dalam beraktifitas sehari-hari.
- d) Takut ditangkap polisi karena mendapatkan obat dari *black market*, sehingga mau berobat ke RS yang ada psikiaternya.
- e) Timbul gelisah dan rasa nyeri-nyeri di badan bila tak mengkonsumsi golongan Alprazolam, dan tidak bisa bekerja.

#### 3. Pemeriksaan Psikiatri

- a) Pikiran terobsesi dengan obat-obatan golongan alprazolam
- b) Ada anxietas dan insomnia, kurang percaya diri (*low self esteem*).
- c) Banyak keluhan Somatik

4. Kriteria Diagnosis

Ditemukan 3 atau lebih gejala2 dibawah ini:

- a) Adanya keinginan yang kuat atau dorongan yang memaksa (kompulsif) untuk menggunakan Benzodiazepin
- b) Kesulitan dalam mengendalikan perilaku menggunakan gol Benzo, termasuk sejak mulainya, usaha penghentian, atau tingkat sedang menggunakan
- c) Keadaan putus obat secara fisiologis, ketika menghentikan gol benzo, atau mengurangi , dengan timbulnya gejala –gejala putus obat yang khas, dan pasien berusaha menggunakan obat gol Benzo lagi untuk menghilangkan gejala abtinensi tersebut
- d) Terbukti adanya efek toleransi dengan terjadinya peningkatan dosis.
- e) Secara progresif mengabaikan kenikmatan lain dan lebih fokus menikmati obat golongan Benzo
- f) Tetap menggunakan gol Benzo, meskipun menyadari bahwa obat merugikan kesehatan, gangguan fungsi hati, penurunan fungsi kognitif , sadar akan bahaya efek samping obat.

5. Diagnosa Kerja

Ketergantungan obat Golongan Benzodiazepin

6. Diagnosa Banding

- a) Penggunaan obat-obat lainnya yang merugikan
- b) Keadaan putus zat

7. Pemeriksaan Penunjang

- a) Tes Urin Psikotropika/Narkoba
- b) Tes SGOT, SGPT
- c) Tes Psikometri

8. Tatalaksana

- a) Pemberian Psikotropka yang sesuai untuk menghilangkan manifestasi simtom yang di tampilkan dan *trapping Off*.
- b) Psikoterapi suportif.
- c) *Family* terapi
- d) Terapi perilaku

9. Edukasi

- a) Memberikan edukasi pada pasien akan bahaya dan efek samping obat-obatan Benzodiazepin.
- b) Edukasi pada keluarga dan lingkungannya.

10. Prognosis

Ad vitam ad Fungsional baik

11. Tingkat *Evidence*

- a) Maturitas kepribadian
- b) Kondisi sosial ekonomi dan lingkungan
- c) Monitoring Efek samping obat .

12. Tingkat Rekomendasi

- a) Pengertian tentang Undang Undang Psikotropika
- b) Pengawasan melekat dari keluarga atau atasan di tempat bekerja pasien yang bersangkutan
- c) Tidak boleh obat-obatan yang di berikan di jual atau jatuh kepada orang lain



(Personal User)

13. Penelaah Kritis

Departemen/KSM Psikiatri

- a) Tindakan medis harus cepat dan tepat supaya tidak merugikan penderita dan lingkungan.
- b) Analisis stressor psikososial: Masalah dengan keluarga (*Primary Support Group*), berkaitan dengan lingkungan sosial, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, akses pelayanan kesehatan, berkaitan interaksi dengan hukum/kriminal, psikososial dan lingkungan lainnya.

14. Indikator Medis

GAF (*Global Assessment of Function*)

- a) 100-91 : Tidak ada gejala, berfungsi maksimal, tidak ada masalah yang tidak tertanggulangi.
- b) 90-81 : Gejala minimal, berfungsi baik, cukup puas, tidak lebih dari masalah harian yang biasa.
- c) 80-71 : Gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, sekolah dll.
- d) 70-61 : Beberapa gejala ringan dan menetap , disabilitas ringan dalam fungsi, secara umum masih baik.
- e) 60-51 : Gejala sedang, disabilitas sedang.
- f) 50-41 : Gejala berat, disabilitas berat
- g) 40-31 : Beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi.
- h) 30-21 : Disabilitas berat dalam komunikasi dan daya nilai , tidak mampu berfungsi hampir semua bidang.
- i) 20-11 : Bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri.
- j) 10 -11 : Seperti diatas, persisten dan lebih serius.
- k) 0 : Informasi tidak adekuat .

15. Kepustakaan

- a) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 2013
- b) Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan ringkas PPDGJ-III dan DSM-5, 2013
- c) Kaplan Sadock'S Comprehensive Text Books of Psychiatry Tenth Edition 2017
- d) Stahl'S essential Psychopharmacology " Prescriber'S Guide Sixth Edition.2017

**D. GANGGUAN DEPRESI BERAT**

1. Pengertian

Adanya perubahan suasana perasaan (*mood* atau Afek) kearah depresi dengan gejala somatik atau gejala berat dengan gejala-gejala psikotik .

2. Anamnesis

- a) Banyak keluhan somatik selaras dengan perasaan yang menurun
- b) Hilang semangat hidup, rasa putus asa
- c) Sulit tidur atau tidur yang berkepanjangan tapi tidak puas
- d) Banyak kekecewaan dalam menghadapi kehidupan
- e) Putus asa sepertinya semua orang menyalahkan dirinya
- f) Hilangnya rasa percaya diri
- g) Ada percobaan bunuh diri

3. Pemeriksaan Psikiatri  
Ada Gangguan dalam mengendalikan perasaan, banyaknya keluhan somatik dengan afek yang depresif, miskin idea, rasa frustrasi, sering mimpi-mimpi bertemu dengan orang yang sudah meninggal dunia. Sering hilang minat yang biasa dilakukan. Pada kasus yang berat disertai dengan waham atau halusinasi (dengan gejala psikotik).
4. Kriteria Diagnosis  
Adanya 5 atau lebih dari gejala–gejala dibawah ini yang menetap:
  - a) Adanya gejala depresi yang menetap hampir setiap hari dengan keluhan subjektif, perasaan sedih, kosong, tanpa harapan.
  - b) Hilangnya selera dan kepuasan dari aktifitas sehari-hari
  - c) Secara *significant* hilangnya berat badan atau adanya kenaikan berat badan.
  - d) Insomnia atau hipersomnia
  - e) Psikomotor retardasi atau agitasi
  - f) Fatigue atau hilangnya tenaga
  - g) Perasaan tak berguna atau rasa bersalah
  - h) Hilangnya kemampuan untuk konsentrasi atau berfikir
  - i) Berulang adanya pikiran akan kematian
  - j) Terganggunya dalam sosial dan fungsional dalam pekerjaan.
5. Diagnosa Kerja  
Gangguan depresi berat
6. Diagnosa Banding
  - a) Gangguan Dysthymia (gangguan depresi yang persisten)
  - b) Gangguan Bipolar Fase depresi Gangguan Psikosomatik (Gangguan fisik dengan latar belakang faktor psikologis)
  - c) Gangguan somatoform
  - d) Gangguan Hipokondris
  - e) Gangguan depresi terselubung (*Mask depression*)
7. Pemeriksaan Penunjang
  - a) Pemeriksaan darah rutin
  - b) Gula Darah
  - c) SGOT, SGPT
  - d) Pemeriksaan penunjang terhadap penyakit fisik yang menyertai
8. Tatalaksana
  - a) Pemberian Antidepresan.
  - b) Psikoterapi suportif.
  - c) Family terapi
  - d) Terapi perilaku
9. Edukasi
  - a) Memberikan edukasi pada pasien setelah kooperatif dan realistis
  - b) Edukasi pada keluarga dan lingkungannya.
10. Prognosis  
Ad vitam ad Fungsional baik
11. Tingkat *Evidence*
  - a) Maturitas kepribadian
  - b) Kondisi sosial ekonomi dan lingkungan



- c) Monitoring Efek samping obat dan *metabolic syndrome*.
- d) *Maintenance* terapi supaya tidak terjadi relapsing
- 12. Tingkat Rekomendasi
  - a) Konsultasi atau rujukan sesuai komorbiditas penyakitnya
  - b) Pemeriksaan kepribadian
  - c) Pemeriksaan farmakologis
  - d) Awasi ketat supaya tidak melakukan percobaan bunuh diri
- 13. Penelaah Kritis  
Departemen/KSM Psikiatri
  - a) Tindakan medis harus cepat dan tepat supaya tidak merugikan penderita dan lingkungan.
  - b) Analisis stressor psikososial: Masalah dengan keluarga (*Primary Support Group*), berkaitan dengan lingkungan sosial, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, akses pelayanan kesehatan, berkaitan interaksi dengan hukum/kriminal, psikososial dan lingkungan lainnya.
- 14. Indikator Medis
  - a) 100-91 : Tidak ada gejala, berfungsi maksimal, tidak ada masalah yang tidak tertanggulangi.
  - b) 90-81 : Gejala minimal, berfungsi baik, cukup puas, tidak lebih dari masalah harian yang biasa.
  - c) 80-71 : Gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, sekolah dll.
  - d) 70-61 : Beberapa gejala ringan dan menetap , disabilitas ringan dalam fungsi, secara umum masih baik.
  - e) 60-51 : Gejala sedang, disabilitas sedang.
  - f) 50-41 : Gejala berat, disabilitas berat
  - g) 40-31 : Beberapa dsabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi.
  - h) 30-21 : Disabilitas berat dalam komunikasi dan daya nilai, tidak mampu berfungsi hampir semua bidang.
  - i) 20-11 : Bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri.
  - j) 10 -11 : Seperti diatas, persisten dan lebih serius.
  - k) 0 : Informasi tidak adekuat
- 15. Kepustakaan
  - a) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 2013
  - b) Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan ringkas PPDGJ-III dan DSM-5, 2013
  - c) Kaplan Sadock'S Comprehensive Text Books of Psychiatry Tenth Edition 2017
  - d) Stahl'S essential Psychopharmacology " Prescriber'S Guide Sixth Edition.2017

## E. GANGGUAN PSIKOSOMATIK

- 1. Pengertian  
Adanya keluhan-keluhan atau gejala-gejala somatik secara subyektif di latar belakang oleh konflik psikososial.
- 2. Anamnesis
  - a) Adanya satu atau lebih dari gejala-gejala penyakit.

- b) Adanya rasa ketakutan yang menetap terhadap penyakit tertentu
  - c) Adanya penyakit yang menetap dalam pikiran sehingga sangat mengganggu terhadap aktifitas kesehariannya
  - d) Berkeinginan diperiksa secara medis dengan keluhan-keluhan subyektifnya.
  - e) Cemas terhadap kondisi badaniahnya.
3. Pemeriksaan Psikiatri
- a) Ansietas berat
  - b) Somatik simtom yang irasional
  - c) Obsesif terhadap somatik simtomnya
  - d) Hendaya dalam aktifitas sehari-hari
4. Kriteria Diagnosis
- a) Ada satu atau lebih gejala-gejala somatik
  - b) Pikiran, perasaan dan tingkah lakunya berlebihan terhadap keluhan somatiknya antara lain, menetap dan serius sekali terhadap keluhanannya, level kecemasannya menetap terhadap kesehatan dan gejala-gejalanya, waktu dan energinya tersita akan keluhan somatiknya.
  - c) Keluhan tersebut menetap lebih dari 6 bulan
  - d) Adanya keluhan fisik yang diungkapkan penderita di latarbelakangi dengan permasalahan hidup atau beban kehidupan.
  - e) Penderita merasa ada sesuatu kelalaian pada badannya yang merupakan konflik alam bawah sadar penderita, setelah di lakukan berbagai pemeriksaan laboratorium atau penunjang lainnya tidak ada kelaian yang bermakna dengan keluhanannya.
  - f) Adanya kecemasan yang berlangsung kronis pada organ tubuhnya sehingga mengganggu patofisiologi faal tubuhnya, sehingga ada kerusakan struktural dari organnya dengan faktor psikologis sebagai penyebabnya.
  - g) Terinduksi (tertular) dari berita atau tokoh atau teman dekat yang menderita penyakit tertentu, penderita merasakan dirinya mempunyai keluhan yang sama dengan penyakit tersebut.
5. Diagnosa Kerja
- Gangguan psikosomatik / *Somatic Symptom and Related disorders*
6. Diagnosa Banding
- a) Gangguan Psikosomatik (gangguan fisik dengan latarbelakang faktor psikologis)
  - b) Gangguan somatoform
  - c) Gangguan Hipokhrodis
  - d) Gangguan depresi terselubung (*Mask depression*)
7. Pemeriksaan Penunjang
- a) Pemeriksaan fisik
  - b) Pemeriksaan Neurologis dan internis
  - c) Pemeriksaan laboratoris
  - d) Pemeriksaan psikometri
8. Tatalaksana
- a) Terapi penyakit fisik yang terkait dengan *Antidepresan or anticemas*
  - b) Terapi anti cemas dengan antidepresl
  - c) Psikoterapi



9. Edukasi

- a) Memberikan edukasi pada pasien setelah kooperatif dan realistik
- b) Edukasi pada keluarga dan lingkungannya.
- c) Edukasi tentang pemahaman tentang konflik yang berkaitan dengan gejala-gejala penyakitnya
- d) Daya adaptasi dalam pekerjaan dan sosial dalam kehidupannya sehari-hari.
- e) Memberikan pemahaman kepada masyarakat dan sejawat dokter bahwa sistem limbik pada otak manusia adalah area penghubung antara fungsi mental-emosional dan fisik serta faal tubuh manusia. Gangguan psikosomatik berkaitan dengan jaras Psiko-neuro-imuno-endokrinologi yang sangat berkembang pada era kehidupan modern dan dapat dibuktikan secara ilmiah.

10. Prognosis

Ad vitam ad Fungsional baik

11. Tingkat evidence

- a) Maturitas kepribadian
- b) Kondisi sosial ekonomi dan lingkungan
- c) Monitoring efek samping obat
- d) *Maintenance* terapi supaya tidak terjadi relapsing

12. Tingkat Rekomendasi

- a) Pola asuh saat anak dan remaja
- b) Pola hidup yang teratur, dapat mengendalikan konflik dan problem solving terhadap stresor psikososial

13. Penelaah Kritis

Departemen/KSM Psikiatri

- a) Tindakan medis harus cepat dan tepat supaya tidak merugikan penderita dan lingkungan.
- b) Analisis stressor psikososial: Masalah dengan keluarga (*Primary Support Group*), berkaitan dengan lingkungan sosial, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, akses pelayanan kesehatan, berkaitan interaksi dengan hukum/kriminal, psikososial dan lingkungan lainnya.

14. Indikator Medis

- a) 100-91 : Tidak ada gejala, berfungsi maksimal, tidak ada masalah yang tidak tertanggulangi.
- b) 90-81 : Gejala minimal, berfungsi baik, cukup puas, tidak lebih dari masalah harian yang biasa.
- c) 80-71 : Gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, sekolah dll.
- d) 70-61 : Beberapa gejala ringan dan menetap , disabilitas ringan dalam fungsi, secara umum masih baik.
- e) 60-51 : Gejala sedang, disabilitas sedang.
- f) 50-41 : Gejala berat, disabilitas berat
- g) 40-31 : Beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi.
- h) 30-21 : Disabilitas berat dalam komunikasi dan daya nilai, tidak mampu berfungsi hampir semua bidang.
- i) 20-11 : Bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam

komunikasi dan mengurus diri.

- j) 10 -11 : Seperti diatas, persisten dan lebih serius.
- k) 0 : Informasi tidak adekuat

15. Kepustakaan

- a) *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), 2013
- b) *Diagnosis Gangguan Jiwa*, Rujukan ringkas PPDGJ-III dan DSM-5, 2013
- c) *Kaplan Sadock'S Comprehensive Text Books of Psychiaty Tenth Edition* 2017
- d) *Stahl'S essential Psychopharmacology " Prescriber'S Guide Sixth Edition.*2017 .



## **BAB IV DOKUMENTASI**

Dokumentasi yang dibutuhkan untuk pelaksanaan Praktik Klinis KSM Psikiatri diantaranya:

- A. Dokumentasi Rapat Koordinasi Komite Medik
  - 1. Undangan
  - 2. Materi
  - 3. Notulensi
  - 4. Absensi
  - 5. Dokumentasi
- B. Formulir Pengkajian Awal Medis SMF Ilmu Kedokteran Jiwa RM.7.3
- C. Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Dewasa RM.7.4
- D. Formulir Pengkajian Awal Rawat Jalan Anak RM.7.5
- E. Formulir Interview Terstruktur Psikotropika RM.7.11
- F. Formulir Catatan Perkembangan Pasien Rawat Jalan Terintegrasi RM. 7.12