



KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.02.02/MENKES/73/2015

TENTANG

PEDOMAN NASIONAL PELAYANAN KEDOKTERAN JIWA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 464);

5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);

Memperhatikan ...



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- 2 -

Memperhatikan : Surat Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia Nomor 103/Sek/PDSKJI/III/2013 tanggal 13 Maret 2013;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN NASIONAL PELAYANAN KEDOKTERAN JIWA.**

KESATU : Mengesahkan dan memberlakukan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

KEDUA : Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa merupakan acuan bagi dokter pembuat keputusan klinis dalam pelayanan dan perawatan pasien dengan gangguan jiwa, institusi pendidikan dan kelompok profesi terkait untuk menyusun panduan praktik klinis/standar prosedur operasional dalam pelayanan dan perawatan pasien dengan gangguan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan.

KETIGA : Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan Keputusan Menteri ini dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan organisasi profesi.

KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 26 Februari 2015

**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,**

ttd

NILA FARID MOELOEK



- 3 -

LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.02.02/MENKES/73/2015
TENTANG
PEDOMAN NASIONAL PELAYANAN
KEDOKTERAN JIWA

PEDOMAN NASIONAL PELAYANAN KEDOKTERAN
ILMU KEDOKTERAN JIWA (PSIKIATRI)

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan kemajuan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kedokteran khususnya ilmu kedokteran jiwa atau psikiatri, diperlukan pedoman atau acuan kerja yang bermutu dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral maupun material. Acuan kerja ini dapat menjadi pedoman dalam memberikan pelayanan dan perawatan kepada pasien dengan gangguan jiwa di rumah sakit pemerintah dan swasta serta fasilitas kesehatan lainnya di Indonesia. Pedoman kerja berguna agar tidak terjadi kekeliruan dalam bertindak sehingga menyebabkan kerugian tidak hanya bagi pasien tetapi juga seluruh praktisi kesehatan yang terlibat di dalamnya. Selain itu, dalam memberikan pelayanan dan perawatan terhadap pasien, seorang psikiater harus selalu menjunjung tinggi sifat humanisme, profesionalisme, bertanggung jawab secara moral, memegang teguh etika kedokteran, etika sosial dan etika nasional. Oleh karena, suatu pedoman dalam bekerja sangat diperlukan.

B. Pengertian dan Tujuan

Panduan Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa adalah panduan prosedur standar operasional dalam pelayanan dan perawatan pasien yang harus diketahui dan dijalankan oleh seorang psikiater dalam melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan secara optimal, profesional dan dapat dipertanggungjawabkan.

Panduan Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa bertujuan untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas pelayanan dan perawatan kepada pasien secara lebih optimal, berkesinambungan, profesional dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan material. Agar menjaga isi dan kandungannya tetap sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kedokteran jiwa, maka Panduan ini akan dilakukan revisi setiap 2 (dua) tahun sekali.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 4 -

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup PNPJ Jiwa mencakup :

1. Sepuluh penyakit terbanyak di setiap Divisi Kedokteran Jiwa
2. Penyakit-penyakit yang dianggap penting walaupun kejadiannya kecil
3. Penyakit-penyakit yang memerlukan tindakan kegawatdaruratan kedokteran jiwa
4. Tata laksana tindakan atau prosedur kedokteran jiwa

II. PANDUAN NASIONAL PELAYANAN KEDOKTERAN JIWA

A. DELIRIUM

1. Batasan dan Uraian Umum

Suatu sindrom yang ditandai dengan gangguan kesadaran dan kognisi yang terjadi secara akut dan berfluktuasi.

2. Manifestasi klinis

Manifestasi klinik dapat sangat bervariasi. Delirium yaitu suatu keadaan kesadaran berkabut atau berkurangnya kejernihan kewaspadaan terhadap lingkungan. Manifestasi klinisnya yaitu:

- a. berkurangnya atensi (kemampuan memfokuskan, mempertahankan dan mengalihkan perhatian), defisit memori, disorientasi, dan gangguan berbahasa;
- b. agitasi psikomotor;
- c. gangguan persepsi;
- d. gangguan emosi;
- e. kekacauan arus dan isi pikir;
- f. gangguan siklus tidur-bangun;
- g. terjadi dalam periode waktu yang pendek dan cenderung berfluktuasi dalam sehari.

3. Kriteria Diagnosis (menurut ICD X + PPDGJ III)

- a. Gangguan kesadaran (berkurangnya kejernihan kewaspadaan terhadap lingkungan) yang ditandai dengan berkurangnya kemampuan memfokuskan, mempertahankan dan mengalihkan perhatian.
- b. Adanya perubahan dalam kognisi (defisit memori, disorientasi, gangguan berbahasa) atau gangguan persepsi yang tidak dikaitkan dengan demensia).



- 5 -

- c. Gangguan Psikomotor berupa hipoaktivitas atau hiperaktivitas, pengalihan aktivitas yang tidak terduga, waktu bereaksi yang lebih panjang, arus pembicaraan yang bertambah atau berkurang, reaksi terperanjat yang meningkat.
- d. Gangguan siklus tidur berupa insomnia, atau pada kasus yang berat tidak dapat tidur sama sekali atau siklus tidurnya terbalik yaitu mengantuk siang hari. Gejala memburuk pada malam hari dan mimpi yang mengganggu atau mimpi buruk yang dapat berlanjut menjadi halusinasi setelah bangun tidur.
- e. Gangguan emosional berupa depresi, ansietas, takut, lekas marah, euforia, apatis dan rasa kehilangan akal.

4. Klasifikasi Delirium

a. Delirium Akibat Kondisi Medis Umum

- 1) Gangguan kesadaran (berkurangnya kejernihan kewaspadaan terhadap lingkungan) yang ditandai dengan berkurangnya kemampuan memfokuskan, mempertahankan dan mengalihkan perhatian
- 2) Adanya perubahan dalam kognisi (defisit memori, disorientasi, gangguan berbahasa) atau gangguan persepsi yang tidak dikaitkan dengan demensia
- 3) Gangguan berkembang dalam periode waktu yang pendek, cenderung berfluktuasi dalam sehari
- 4) Ada bukti dari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, laboratorium bahwa gangguan disebabkan oleh konsekuensi fisiologik langsung suatu KMU

Kondisi Medis Umum

Kondisi Medis umum yang melatar belakangi delirium dapat bersifat fokal atau sistemik, misalnya:

- 1) Penyakit SSP (trauma kepala, tumor, pendarahan, hematoma, abses, nonhemoragik stroke, transien iskemia, kejang dan migrain, dan lain-lain).
- 2) Penyakit sistemik (misalnya, infeksi, perubahan status cairan tubuh, defisiensi nutrisi, luka bakar, nyeri yang tidak dapat dikontrol, stroke akibat panas, dan di tempat tinggi (> 5000 meter)
- 3) Penyakit jantung (misalnya, gagal jantung, aritmia, infark jantung, bedah jantung)



- 6 -

- 4) Gangguan metabolik (misalnya, ketidakseimbangan elektrolit, diabetes, hipo/hiperglikemia)
- 5) Paru (misalnya, COPD, hipoksia, gangguan asam basa)
- 6) Obat yang digunakan (misalnya, steroid, medikasi jantung, antihipertensi, antineoplasma, antikolinergik, SNM, sinrom serotonin)
- 7) Endokrin (misalnya, kegagalan adrenal, abnormalitas tiroid atau paratiroid)
- 8) Hematologi (misalnya, anemia, leukemia, diskrasia)
- 9) Renal (misalnya, gagal ginjal, uremia)
- 10) Hepar (misalnya, gagal hepar, sirosis, hepatitis)

b. Delirium Akibat Intoksikasi Zat

- 1) Gangguan kesadaran (berkurangnya kejernihan kewaspadaan terhadap lingkungan) yang ditandai dengan berkurangnya kemampuan memfokuskan, mempertahankan dan mengalihkan perhatian.
- 2) Adanya perubahan dalam kognisi (defisit memori, disorientasi, gangguan berbahasa) atau gangguan persepsi yang tidak dikaitkan dengan demensia
- 3) Gangguan berkembang dalam periode waktu yang pendek, cenderung berfluktuasi dalam sehari.
- 4) Ada bukti dari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, laboratorium, sebagai berikut:
 - a) Simtom 1) dan 2) terjadi selama intoksikasi zat atau penggunaan medikasi
 - b) Intoksikasi zat adalah etiologi terkait dengan delirium

c. Delirium Akibat Putus Zat

- 1) Gangguan kesadaran (berkurangnya kejernihan kewaspadaan terhadap lingkungan) yang ditandai dengan berkurangnya kemampuan memfokuskan, mempertahankan dan mengalihkan perhatian.
- 2) Adanya perubahan dalam kognisi (defisit memori, disorientasi, gangguan berbahasa) atau gangguan persepsi yang tidak dikaitkan dengan demensia
- 3) Gangguan berkembang dalam periode waktu yang pendek, cenderung berfluktuasi dalam sehari.



- 7 -

4) Ada bukti dari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, laboratorium, sebagai berikut:

a) Simtom A dan B terjadi selama atau segera setelah putus zat

d. Delirium Akibat Etiologi Beragam

1) Gangguan kesadaran (berkurangnya kejernihan kewaspadaan terhadap lingkungan) yang ditandai dengan berkurangnya kemampuan memfokuskan, mempertahankan dan mengalihkan perhatian.

2) Adanya perubahan dalam kognisi (defisit memori, disorientasi, gangguan berbahasa) atau gangguan persepsi yang tidak dikaitkan dengan demensia

3) Gangguan berkembang dalam periode waktu yang pendek, cenderung berfluktuasi dalam sehari.

4) Ada bukti dari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, laboratorium, bahwa :

a) Delirium memiliki lebih dari satu etiologi, misalnya lebih dari satu KMU, KMU + intoksikasi zat, atau efek samping obat.

e. Delirium Yang Tidak Dapat Dispesifikasi

1) Kriteria untuk tipe delirium tertentu tidak terpenuhi. Misalnya: manifestasi delirium diduga akibat KMU, penyalahgunaan zat tetapi tidak cukup bukti untuk menegakkan etiologi spesifik.

2) Delirium disebabkan oleh penyebab yang tidak tercatat pada seksi ini (deprivasi sensorik)

5. Diagnosis Banding

- a. Demensia
- b. Gangguan Psikotik Singkat
- c. Skizofrenia
- d. Skizofreniform
- e. Gangguan Psikotik Lainnya
- f. Mood dengan Gambaran Psikotik
- g. Gangguan Stres Akut



6. Penatalaksanaan

Tiga tujuan utama terapi delirium yaitu:

- a. Mencari dan mengobati penyebab delirium (diperlukan pemeriksaan fisik yang cermat dan pemeriksaan penunjang yang adekuat. Pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, analisis gas darah, fungsi hati, dan fungsi ginjal, serta EEG atau pencitraan otak bila terdapat indikasi disfungsi otak).
- b. Memastikan keamanan pasien
- c. Mengobati gangguan perilaku terkait dengan delirium, misalnya agitasi psikomotor.

7. Terapi Farmakologik

Sangat bijak bila tidak lagi menambahkan obat pada obat yang sudah didapat oleh pasien (biasanya pasien sudah mendapat berbagai obat dari sejawat lain) kecuali ada alasan yang sangat signifikan misalnya agitasi atau psikotik (dicatat di rekam medik alasan penggunaan obat). Interaksi obat harus menjadi perhatian serius.

Antipsikotika dapat dipertimbangkan bila ada tanda dan gejala psikosis, misalnya halusinasi, waham atau sangat agitatif (verbal atau fisik) sehingga berisiko terlukanya pasien atau orang lain.

- a. Haloperidol mempunyai rekam jejak terpanjang dalam mengobati delirium, dapat diberikan per oral, IM, atau IV.
- b. Dosis Haloperidol injeksi adalah 2-5 mg IM/IV dan dapat diulang setiap 30 menit (maksimal 20 mg/hari).
- c. Efek samping parkinsonisme dan akatisia dapat terjadi
- d. Bila diberikan IV, dipantau dengan EKG adanya pemanjangan interval QTc dan adanya disritmia jantung
- e. Pasien agitasi yang tidak bisa menggunakan antipsikotika (misalnya, pasien dengan *Syndrom Neuroleptic Malignance*) atau bila tidak berespons bisa ditambahkan benzodiazepin yang tidak mempunyai metabolit aktif, misalnya lorazepam tablet 1-2 mg per oral. Kontraindikasi untuk pasien dengan gangguan pernafasan.

8. Terapi Nonfarmakologik

- a. Psikoterapi suportif yang memberikan perasaan aman dapat membantu pasien menghadapi frustrasi dan kebingungan akan kehilangan fungsi memorinya.
- b. Perlunya reorientasi lingkungan, misalnya tersedia jam besar.



- 9 -

- c. Memberikan edukasi kepada keluarga cara memberikan dukungan kepada pasien

9. Peringatan

Hindari penggunaan obat-obat yang mengandung antikolinergik (misalnya, triheksilfenidil) karena akan memperberat delirium.

Fiksasi (restrain) adalah pilihan terakhir karena dapat menyebabkan semakin beratnya agitasi.

10. Komplikasi

Gangguan stres akut dapat terjadi pada pasien yang sudah sembuh dari delirium, misalnya, pasien dapat seperti mengalami kembali gangguan persepsi. Disorientasi, psikosis, deprivasi tidur menyebabkan delirium dipersepsikan oleh pasien sebagai peristiwa yang sangat traumatik. Oleh karena itu, dianjurkan penggunaan benzodiazepin, jangka pendek (misalnya lorazepam), pada pasien yang tetap cemas setelah deliriumnya membaik.

11. Prognosis

Prognosis bergantung kepada tata laksana penyakit yang mendasarinya.

12. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) *American Psychiatric Association: Delirium*. Dalam: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition, Text Revision, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, hal. 136-147.
- 3) Samuels SC, Neugroschl JA. *Delirium*. Kaplan dan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA, edit, seventh ed. Lippincott Williams dan Wilkins, *A Wolter Kluwer Company*, 2000, hal.1054-1067.
- 4) Attard A, Ranjith G, Taylor D. *Delirium and its Treatment*. *CNS Drugs* 2008; 22 (8): 631-644.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 10 -

B. DEMENSIA

1. Batasan dan uraian umum

Merupakan sindrom akibat penyakit otak, bersifat kronik progresif, ditandai dengan kemunduran fungsi kognitif multipel, yaitu fungsi memori, aphasia, apraksia, agnosia, dan fungsi eksekutif. Kesadaran pada umumnya tidak terganggu. Adakalanya disertai gangguan psikologik dan perilaku.

Berdasarkan etiologinya Demensia dibedakan menjadi:

- a. demensia pada Penyakit Alzheimer
- b. demensia Vaskular
- c. demensia pada Penyakit Pick
- d. demensia pada Penyakit Creutfeld-Jacob
- e. demensia pada penyakit Huntington
- f. demensia pada Penyakit Parkinson
- g. demensia pada Penyakit HIV/AIDS

Demensia tipe Alzheimer prevalensinya paling besar (50-60%), disusul Demensia Vaskular (20-30%).

2. Manifestasi klinis

Gejala dini dari Demensia seringkali berupa kesulitan mempelajari informasi baru dan mudah lupa terhadap kejadian yang baru dialami. Pada keadaan lebih lanjut muncul gangguan fungsi kognitif kompleks disertai gangguan perilaku, yaitu:

- a. disorientasi waktu dan tempat;
- b. kesulitan melakukan pekerjaan sehari hari;
- c. tidak mampu membuat keputusan;
- d. kesulitan berbahasa;
- e. kehilangan motivasi dan inisiatif;
- f. gangguan pengendalian emosi;
- g. daya nilai sosial terganggu; dan
- h. berbagai perubahan perilaku dan psikologis lainnya (agresif-impulsif, halusinasi, waham).

Gejala gejala klinis di atas pada Demensia tipe Alzheimer berkembang perlahan lahan, semakin lama semakin parah, sampai pada tahap lanjut penderita menjadi tergantung penuh pada keluarga yang merawatnya. Sedang pada Demensia Vaskular gejala muncul akut, gambaran klinis sesuai kerusakan vaskuler di otak, kemunduran fungsi kognitif berjenjang sejalan dengan serangan kerusakan vaskular berikutnya.



3. Kriteria Diagnosis Dimensia menurut ICD-10 + PPDGJ III

Demensia (F00-F03) adalah sindroma disebabkan oleh gangguan di otak, umumnya berlangsung kronis atau progresif. Ditandai oleh beragam gangguan fungsi luhur, termasuk memori, orientasi, pemahaman, kalkulasi dan kapasitas belajar, bahasa dan pertimbangan. Kesadaran tidak berkabut. Gangguan fungsi kognitif biasanya disertai oleh deteriorasi kontrol emosi, perilaku sosial atau motivasi. Sindrom ini terjadi pada penyakit Alzheimer, penyakit serebrovaskuler, dan kondisi lain yang mempengaruhi otak secara primer atau sekunder.

Syarat utama untuk penegakan diagnosis adalah bukti adanya penurunan kemampuan, baik dalam daya ingat maupun daya pikir seseorang sehingga mengganggu kegiatan sehari-hari. Hendaya daya ingat secara khas mempengaruhi proses registrasi, penyimpanan dan memperoleh kembali informasi baru, tetapi ingatan yang biasa dan sudah dipelajari sebelumnya dapat juga hilang, khususnya dalam stadium akhir.

Gejala dan hendaya di atas harus sudah nyata untuk setidaknya 6 (enam) bulan bila ingin membuat diagnosis klinis demensia yang mantap.

4. Diagnosis Banding

- a. Delirium
- b. Depresi
- c. Gangguan Buatan
- d. Skizofrenia

5. Penatalaksanaan

Tata laksana psikososial ditujukan untuk mempertahankan kemampuan penderita yang masih tersisa, menghambat progresivitas kemunduran fungsi kognitif, mengelola gangguan psikologik dan perilaku yang timbul. Latihan memori sederhana, latihan orientasi realitas, dan senam otak, dapat membantu menghambat kemunduran fungsi kognitif. Psikoedukasi terhadap keluarga/*caregiver* menjadi bagian yang sangat penting dalam tata laksana pasien.

Pemberian obat Anti Demensia seperti Donepezil dan Rivastigmin bermanfaat untuk menghambat kemunduran fungsi kognitif pada Demensia ringan sampai sedang, tapi tidak dianjurkan untuk Demensia berat. Untuk mengendalikan perilaku agresif dapat diberikan obat antipsikotik dosis rendah (haloperidol 0,5-1 mg/hari



- 12 -

atau Risperidon 0,5-1 mg/hari). Untuk mengatasi gejala Depresi dapat diberikan Antidepresan (Sertralin 25mg/hari).

6. Penyulit

Kecemasan dan depresi mungkin memperkuat dan memperburuk gejala

7. Prognosis

Perjalanan klasik dari demensia adalah perburukan bertahap selama 5 sampai 10 tahun yang akhirnya menyebabkan kematian. Pasien dengan onset demensia yang dini kemungkinan memiliki perjalanan penyakit yang cepat.

8. Daftar pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) Kaplan dan Sadock, Comprehensive textbook of Psychiatry, 7th ed, 2000
- 3) Andreasen, Black, Introductory Textbook of Psychiatry, 3th ed, 2001

C. GANGGUAN MENTAL DAN PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN ZAT PSIKOAKTIF

Batasan dan Ruang Lingkup

NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya) adalah setiap bahan kimia /zat yang bila masuk ke dalam tubuh mempengaruhi susunan saraf pusat yang manifestasinya berupa gejala fisik dan psikologis. Pasien yang menggunakan NAPZA dapat mengalami kondisi putus obat atau intoksikasi. Selain itu juga dapat mengalami gangguan psikiatrik lainnya dan kondisi medik umum sebagai komorbiditas, misalnya HIV/AIDS dan hepatitis.

1. INTOKSIKASI AKUT (F1x.0)

Suatu kondisi peralihan yang timbul akibat menggunakan alkohol atau zat psikoaktif lain sehingga terjadi gangguan kesadaran, fungsi kognitif, persepsi, afek atau perilaku, atau fungsi dan respons psikofisiologis lainnya. Bila ada masalah demikian, maka diagnosis yang didahulukan adalah: penggunaan yang merugikan (F1x.1), sindrom ketergantungan (F1x.2), atau gangguan psikotik (F1x.5).



Pedoman Diagnostik

Intoksikasi akut sering dikaitkan dengan tingkat dosis yang digunakan. Pengecualian dapat terjadi pada individu dengan kondisi organik tertentu yang mendasarinya (insufisiensi ginjal atau hati) yang dalam dosis kecil dapat menyebabkan efek intoksikasi berat. Intensitas intoksikasi berkurang dengan berlalunya waktu dan pada akhirnya efeknya menghilang bila tidak terjadi penggunaan zat lain.

2. INTOKSIKASI OPIOID (F11.0)

Konstriksi pupil (atau dilatasi pupil akibat anoksia karena overdosis berat) dan satu (atau lebih) gejala-gejala di bawah ini berkembang selama atau segera setelah penggunaan opioid:

- a. Mengantuk/drowsiness
- b. Bicara cadel
- c. Hendaya dalam perhatian atau daya ingat

Intoksikasi akut dapat terjadi dengan atau tanpa komplikasi medis lainnya. Komplikasi medis yang terjadi dapat berupa:

- a. Trauma atau cedera tubuh lainnya
- b. Hematemesis
- c. Aspirasi muntah
- d. Konvulsi
- e. Delirium
- f. Koma

Diagnosis Banding

Intoksikasi zat psikoaktif lain atau campuran

Pemeriksaan Penunjang

- a. Naloxone *Challenge Test* (bila pasien koma)
- b. Darah lengkap
- c. Urinalisis
- d. Rontgen Foto Kepala
- e. EEG
- f. CT scan otak
- g. Test HIV/AIDS bila ada faktor risiko didahului dengan konseling dan disampaikan hasil dalam konseling pasca tes.



- 14 -

Penatalaksanaan

Penanganan kondisi gawat darurat:

- a. Pemberian Antidotum Naloxon HCl (Narcan/Nokoba) atau Naloxone 0.8 mg IV dan tunggu selama 15 menit. Jika tidak ada respons, berikan Naloxone 1.6 mg IV dan tunggu 15 menit. Jika masih tetap tidak ada respon, berikan Naloxone 3.2 mg IV dan curigai penyebab lain. Jika pasien berespon, teruskan pemberian 0.4 mg/jam IV.
- b. Memantau dan evaluasi tanda-tanda vital
- c. Mengatasi penyulit sesuai dengan kondisi klinis
- d. Bila intoksikasi berat rujuk ke ICU

Penyulit

AIDS dan berbagai infeksi oportunistik dapat menyertainya, misalnya hepatitis, koma, kejang, edema paru, pneumonia aspirasi, gangguan hemodinamik, hipotermi, edema serebri, kondisi infeksi lainnya, dan kematian (akibat apneu yang memanjang).

Prognosis

Pemberian nalokson pada waktu yang tepat dan cepat serta terjaganya ventilasi sebelum mendapat antidotum, perbaikan sempurna intoksikasi opioid dapat tercapai. Bila pasien menderita hipoksia yang bermakna dan terjadi aspirasi isi lambung, komplikasi kedua hal ini dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas.

3. INTOKSIKASI AMFETAMIN ATAU ZAT YANG MENYERUPAINYA (F15.0)

Terdapat dua/lebih dari gejala di bawah ini yang berkembang segera atau selama menggunakan amfetamin atau zat yang menyerupai:

- a. Takikardi atau bradikardi
- b. Dilatasi pupil
- c. Peningkatan atau penurunan tekanan darah
- d. Banyak keringat atau kedinginan
- e. Mual atau muntah
- f. Penurunan berat badan
- g. Agitasi atau retardasi motorik



- 15 -

- h. Kelelahan otot, depresi sistem pernafasan, nyeri dada dan aritmia jantung
- i. Kebingungan dan kejang-kejang, diskinesia, distonia atau koma
- j. Gejala-gejala di atas tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya

Diagnosis Banding

- a. Intoksikasi kokain
- b. Intoksikasi Phencyclidine (PCP)
- c. Intoksikasi halusinogen

Pemeriksaan Penunjang

- a. Urinalisis
- b. EKG: sesuai indikasi

Terapi

- a. Pemeriksaan tanda vital
- b. Perhatikan tanda-tanda intoksikasi
- c. Simtomatik bergantung dari kondisi klinis, untuk penggunaan oral, merangsang muntah dengan *activated charcoal* atau kuras lambung adalah penting.
- d. Antipsikotika; haloperidol 2-5 mg per kali pemberian atau klorpromazin 1 mg/kg BB, oral, setiap 4-6 jam
- e. Antihipertensi bila perlu (TD di atas 140/100 mmHg).
- f. Bila ada gejala ansietas berikan ansiolitik golongan benzodiazepin; diazepam 3x5 mg atau klordiazepoksid 3x25 mg.
- g. Bila ada kejang, berikan diazepam 10-30 mg parenteral
- h. Aritmia kordis, lakukan Cardiac monitoring, misalnya untuk palpitasi diberikan propranolol 20-80 mg/hari (perhatikan kontraindikasinya)
- i. Kontrol temperatur dengan selimut dingin atau klorpromazin untuk mencegah temperatur tubuh meningkat
- j. Observasi di IGD 1 x 24 jam; bila kondisi tenang dapat diteruskan rawat jalan

Penyulit

- a. Aritmia kordis
- b. Penggunaan *polydrugs*
- c. Koma



Prognosis

Komplikasi paling umum adalah *rhabdomyolysis* dengan gagal ginjal akut, kegagalan banyak organ menyebabkan *heatstroke* merupakan sebab utama kematian intoksikasi amfetamina. Indikator prognosis buruk pasien intoksikasi amfetamina adalah koma, *shock*, kejang, oliguria, dan hiperpireksia. Asidosis, hipovolemik, kerusakan ginjal, dan iskemia adalah faktor-faktor risiko potensial untuk berkembangnya gagal ginjal akut.

4. PUTUS ZAT (F1x.3)

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.

Pedoman Diagnostik

Keadaan putus zat merupakan salah satu indikator dari sindrom ketergantungan. Gejala fisik bervariasi sesuai dengan zat yang digunakan. Gangguan psikologis merupakan gambaran umum dari keadaan putus zat.

5. PUTUS ZAT OPIOID (F11.3)

Terdapat 3 atau lebih gejala yang timbul akibat penghentian atau pengurangan penggunaan opioida dalam waktu beberapa menit sampai beberapa hari, yaitu :

- a. Mood disforik
- b. Mual dan muntah
- c. Nyeri otot
- d. Lakrimasi atau rinorea
- e. Dilatasi pupil, piloereksi atau berkeringat
- f. Diare
- g. Menguap
- h. Demam
- i. Insomnia



- 17 -

Diagnosis Banding

- a. Common Cold
- b. Gastro Enteritis

Pemeriksaan Penunjang

- a. Laboratorium darah lengkap.
- b. Pemeriksaan urinalisis rutin.
- c. Test HIV/AIDS bila ada faktor risiko didahului dengan konseling dan disampaikan hasil dalam konseling pasca tes.

Terapi

- a. Simptomatik sesuai gejala klinis
- b. Substitusi golongan opioid: metadon, buprenorfin yang diberikan secara tapering off. Untuk metadon dan buprenorfin terapi dapat dilanjutkan untuk jangka panjang (rumatan). Bila tidak tersedia dapat menggunakan kodein.
- c. Substitusi nonopioid: klonidin, perlu pengawasan tekanan darah. Bila sistol kurang dari 100mmHg atau diastol kurang 70 mmHg HARUS DIHENTIKAN.
- d. Pemberian sedatif-hipnotik, antipsikotika dapat diberikan sesuai indikasi.
- e. Perawatan rumah sakit, tidak menjadi keharusan, bergantung kasusnya. Bila gejala putus zatnya sangat berat sebaiknya dirawat inap.

Penyulit

AIDS beserta infeksi oportunistiknya, hepatitis, komorbiditas dengan gangguanpsikiatrik lainnya dan kematian.

Prognosis

Gejala putus zat muncul (misalnya, heroin) dalam 6-12 jam setelah dosis terakhir. Untuk zat yang masa kerjanya lebih panjang, misalnya metadon, gejala dapat muncul setelah dua-empat hari. Puncak gejala zat yang waktu paruhnya pendek, misalnya heroin, adalah 1-3 hari dan secara berangsur-angsur mereda hingga 5-7 hari.



- 18 -

6. KONDISI PUTUS AMFETAMIN ATAU ZAT YANG MENYERUPAI (F15.3)

Terdapat mood yang disforik dan dua (atau lebih) perubahan psikologis dibawah ini yang berkembang dalam beberapa jam atau beberapa hari setelah penghentian mendadak penggunaan, yaitu:

- a. Fatigue/kelelahan
- b. Mimpi buruk atau halusinasi
- c. Insomnia atau hipersomnia
- d. Nafsu makan meningkat
- e. Retardasi atau agitasi motorik

Diagnosis Banding

- a. Intoksikasi Amfetamin
- b. Putus kokain atau zat yang menyerupai
- c. Episode manik atau hipomanik

Pemeriksaan Penunjang

- a. Urinalisis
- b. EKG: sesuai indikasi

Terapi

- a. Observasi 24 jam untuk menilai kondisi fisik dan psikiatrik.
- b. Rawat inap diperlukan apabila disertai gejala psikotik berat, gejala depresi berat atau kecenderungan bunuh diri, dan komplikasi fisik lainnya.
- c. Terapi: antipsikotika (haloperidol 3 x 1,5-5mg, atau risperidon 2 x 1,5-3 mg), antiansietas (alprazolam 2 x 0,25-0,5 mg, atau diazepam 3 x 5-10 mg, atau klobazam 2 x 10 mg) atau antidepressan golongan SSRI atau trisiklik/tetrasiklik sesuai kondisi klinis.

Penyulit

- a. Polydrugs
- b. Gangguan psikiatrik lain yang mendasari

Prognosis

Beberapa gejala (disforik atau fatigue) dapat terlihat pada beberapa hari setelah penggunaan dosis yang agak besar. Selama fase putus amfetamin, pasien dapat mengalami depresi berat. Depresi ini dapat sembuh meskipun tanpa pengobatan bila tidurnya normal.



7. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) Sadock BJ, Sadock JA. *Opioid Intoxication*. Dalam: Kaplan dan Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry, 10th Ed. Wolters Kluwer, Lippincott Williams dan Wilkins, Philadelphia 2007, hal. 447-451.
- 3) Sadock BJ, Sadock JA. *Opioid -Related Disorder* . Dalam: Kaplan dan Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry, 10th Ed. Wolters Kluwer, Lippincott Williams dan Wilkins, Philadelphia 2007, hal. 407-412.
- 4) Pedoman Penatalaksanaan Medik Gangguan Penggunaan NAPZA, Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Kementerian Kesehatan RI, 2010.
- 5) Sadock BJ, Sadock JA. *Amphetamine (or amphetamine-like)-Related Disorder*. Dalam: Kaplan dan Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry, 10th Ed. Wolters Kluwer, Lippincott Williams dan Wilkins, Philadelphia 2007, hal. 407-412.

D. GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN/HIPERAKTIVITAS (GPPH) PADA ANAK DAN REMAJA

Batasan dan Ruang Lingkup

Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) adalah suatu kondisi yang ditandai dengan adanya gejala berkurangnya perhatian dan atau aktivitas/impulsivitas yang berlebihan. Kedua ciri inimenjadi syarat mutlak untuk diagnosis dan haruslah nyata ada pada lebih dari satu situasi (misalnya di rumah dan di dalam kelas atau di klinik).

Prevalensinya di seluruh dunia diperkirakan berkisar antara 2 – 9.5 % dari anak-anak usia sekolah. Berdasarkan berbagai penelitian di kota-kota besar di Indonesia di dapatkan prevalensi GPPH berkisar antara 4,2 - 26,4%.



1. Kriteria Diagnosis Gangguan Hiperkinetik Menurut ICD-10

a. F 90 Gangguan hiperkinetik

- 1) Ciri-ciri utama ialah berkurangnya perhatian dan aktivitas berlebihan. Kedua ciri ini menjadi syarat mutlak untuk diagnosis dan haruslah nyata ada pada lebih dari satu situasi (misalnya di rumah, di kelas, di klinik).
- 2) Berkurangnya perhatian tampak jelas dari terlalu dini dihentikannya tugas dan ditinggalkannya suatu kegiatan sebelum tuntas selesai. Anak-anak ini seringkali beralih dari satu kegiatan ke kegiatan lain, rupanya kehilangan minatnya terhadap tugas yang satu, karena perhatiannya tertarik kepada kegiatan lainnya (sekalipun kajian laboratorium pada umumnya tidak menunjukkan adanya derajat gangguan sensorik atau perseptual yang tidak biasa). Berkurangnya dalam ketekunan dan perhatian ini seharusnya hanya didiagnosis bila sifatnya berlebihan bagi anak dengan usia atau IQ yang sama.
- 3) Hiperaktivitas dinyatakan dalam kegelisahan yang berlebihan, khususnya dalam situasi yang menuntut keadaan relatif tenang. Hal ini, tergantung dari situasinya, mencakup anak itu berlari-lari atau melompat-lompat sekeliling ruangan, ataupun bangun dari duduk/kursi dalam situasi yang menghendaki anak tetap duduk, terlalu banyak bicara dan ribut, atau kegugupan/kegelisahan dan berputar-putar (berbelit-belit). Tolok ukur untuk penilaiannya adalah bahwa suatu aktivitas disebut berlebihan dalam konteks apa yang diharapkan pada suatu situasi dan dibandingkan dengan anak-anak lain yang sama umur dan IQ nya. Ciri khas perilaku ini paling nyata di dalam situasi yang terstruktur dan diatur yang menuntut suatu tingkat sikap pengendalian diri yang tinggi.
- 4) Gambaran penyerta tidaklah cukup bahkan tidak diperlukan bagi suatu diagnosis, namun demikian ia dapat mendukung. Kecerobohan dalam hubungan-hubungan sosial, kesembronangan dalam situasi yang berbahaya dan sikap yang secara impulsif melanggar tata tertib sosial (yang diperlihatkan dengan mencampuri urusan atau mengganggu kegiatan orang lain, terlampau cepat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang belum lengkap diucapkan orang, atau tidak



sabar menunggu gilirannya), kesemuanya ini merupakan ciri khas dari anak-anak dengan gangguan ini.

- 5) Gangguan belajar serta kekakuan motorik sangat sering terjadi dan haruslah dicatat secara terpisah (di bawah F80-F89, Gangguan perkembangan psikologis) bila ada; namun demikian tidak boleh dijadikan bagian dari diagnosis aktual mengenai gangguan hiperkinetik yang sesungguhnya.
- 6) Gejala-gejala dari gangguan tingkah laku bukan merupakan kriteria eksklusi ataupun kriteria inklusi untuk diagnosis utamanya, tetapi ada tidaknya gejala-gejala itu dijadikan dasar untuk sub divisi utama dari gangguan tersebut (lihat di bawah).

b. F 90.0 Gangguan aktivitas dan perhatian

Kriteria umum mengenai gangguan hiperkinetik (F 90) telah terpenuhi, tetapi kriteria untuk gangguan tingkah laku (F91) tidak terpenuhi. Termasuk: gangguan defisit perhatian dan hiperkinetik.

c. F 90.1 Gangguan tingkah laku hiperkinetik.

Memenuhi kriteria menyeluruh mengenai gangguan hiperkinetik (F90) dan juga kriteria menyeluruh mengenai gangguan tingkah laku (F91).

d. F 90.8 Gangguan hiperkinetik lainnya.

e. F 90.9 Gangguan hiperkinetik YTT.

Kategori sisa ini tidak dianjurkan dan hanyalah boleh digunakan bila kurang dapat dibedakan antara F 90.0 dan F 90.1 tetapi memenuhi keseluruhan kriteria untuk F 90.

2. Diagnosis Banding

Gangguan medis atau neurologis yang sering menyerupai GPPH adalah: Epilepsi, Sindroma *Tourette's*, Gangguan gerak (*movement disorders*), Sekuele dari trauma kepala, gangguan/kerusakan penglihatan atau pendengaran, Pola nutrisi yang buruk, Kekurangan/gangguan tidur, Hipo/hipertiroidisme, Anemia

Gangguan psikiatri yang sering menyerupai GPPH adalah Gangguan penyesuaian, Gangguan cemas, Gangguan depresi/distimik, Gangguan mood bipolar, Retardasi mental, Penyalahgunaan zat, Gangguan psikotik, Gangguan autistic.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 22 -

3. Penatalaksanaan

a. Farmakoterapi

Obat lini pertama:

- 1) Obat golongan psikostimulan, yaitu: **Metilfenidat Hidroklorida**. Dosis: dosis terapi : 0,3-0,7mg/KgBB/hari.
 - a) Jenis *Immediate Release* (IR): biasanya dimulai dengan 5 mg/hr pada pagi hari. Dosis maksimal adalah 60mg/hr
 - b) Jenis *Slow Release* (SR), terdiri dari:
 - (1) Jenis *osmotic Release Oral System (OROS)*: Concerta® dalam sediaan 18 mg, 36 mg, 54 mg.
 - (2) Jenis *Spheroidal Oral Drug Absorption System (SODAS)*: Ritalin LA ® dalam sediaan 10 mg dan 20 mg. Biasanya dimulai dengan dosis 20 mg pagi hari, dapat ditingkatkan sesuai dosis terapi.

Diberikan satu kali sehari di pagi hari sesuai dengan kebutuhan dan indikasi klinis, serta memperhatikan efek samping.

- 2) Obat golongan non-stimulan, yaitu: **Atomoxetine**
Dosis yang dapat digunakan: 10 – 80 mg satu sampai dengan dua kali sehari. Sediaan obat yang saat ini terdapat di Indonesia adalah tablet 10 mg.

Obat lini kedua:

- 1) Golongan antidepresan:
 - a) Golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) seperti Fluoxetine dengan dosis 0.6 mg/KgBB
 - b) Golongan *Selective Norepinephrine Reuptake Inhibitor* (SNRI) seperti Venlafaxine, dosis 1,4 mg/kg/hari (25-100 mg/hari dosis tunggal).
 - c) Golongan antidepresan trisiklik seperti imipramin, amitriptilin dosis 0,7-3 mg/kgBB/hari (20-100 mg/hari); klomipramin 25-100 mg/hari.
- 2) Golongan antipsikotik
 - a) Antipsikotik atipikal, seperti:
 - (1) risperidone 0,01-0,1 mg/kgBB/hari
 - (2) aripiprazole 0,2 mg/KgBB/hari
 - b) Antipsikotik tipikal, seperti:
 - (1) loperidol 0,03- 0,075 mg/kg/hari (0,5-5 mg/hari)



- 3) Golongan antikonvulsan seperti golongan carbamazepin (300 – 1200mg/hari), asam valproat (250 – 1500 mg/hari).
- 4) Golongan α -agonis seperti klonodin dosis 0,002-0,005mg/kgBB/hari (0,05-0,3mg/hari).

b. Terapi Psikososial

- 1) Pelatihan keterampilan sosial bagi anak dengan GPPH
- 2) Edukasi bagi orang tua
- 3) Modifikasi perilaku
- 4) Edukasi dan pelatihan pada guru
- 5) Kelompok dukungan keluarga (*family support group*)

4. Prognosis

GPPH bisa berlanjut hingga usia dewasa.

5. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) Kaplan dan Sadock. *Comprehensive textbook of Psychiatry* 7th ed. Lippincott William & Wilkins (2000): 1500-1501.

E. SKIZOFRENIA

1. Batasan dan Uraian Umum

Gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan penilaian realita (waham dan halusinasi).

2. Manifestasi Klinik

- a. Gangguan Proses Pikir: Asosiasi longgar, intrusi berlebihan, terhambat, klang asosiasi, ekolalia, alogia, neologisme.
- b. Gangguan Isi Pikir: Waham, adalah suatu kepercayaan yang salah yang menetap yang tidak sesuai dengan fakta dan tidak bisa dikoreksi. Jenis-jenis waham antara lain:
 - 1) Waham kejar
 - 2) Waham kebesaran
 - 3) Waham rujukan
 - 4) Waham penyiaran pikiran
 - 5) Waham penyisipan pikiran
 - 6) Waham aneh



- 24 -

- c. Gangguan Persepsi; Halusinasi, ilusi, depersonalisasi, dan derealisasi.
- d. Gangguan Emosi; ada tiga afek dasar yang sering diperlihatkan oleh penderita skizofrenia (tetapi tidak patognomonik):
 - 1) Afek tumpul atau datar
 - 2) Afek tak serasi
 - 3) Afek labil
- e. Gangguan Perilaku; Berbagai perilaku tak sesuai atau aneh dapat terlihat seperti gerakan tubuh yang aneh dan menyeringai, perilaku ritual, sangat ketolol-tolongan, dan agresif serta perilaku seksual yang tak pantas.
- f. Gangguan Motivasi; aktivitas yang disadari seringkali menurun atau hilang pada orang dengan skizofrenia. Misalnya, kehilangan kehendak dan tidak ada aktivitas.
- g. Gangguan Neurokognitif; terdapat gangguan atensi, menurunnya kemampuan untuk menyelesaikan masalah, gangguan memori (misalnya, memori kerja, spasial dan verbal) serta fungsi eksekutif.

3. Subtipe

- a. Skizofrenia paranoid
- b. Skizofrenia disorganisasi (hebefrenik)
- c. Skizofrenia katatonik
- d. Skizofrenia tak terinci
- e. Skizofrenia residual
- f. Skizofrenia simpleks

4. Pedoman Diagnosis (ICD-X/PPDGJ III)

- a. Pikiran bergema (*thought echo*), penarikan pikiran atau penyisipan (*thought withdrawal* atau *thought insertion*), dan penyiaran pikiran (*thought broadcasting*).
- b. Waham dikendalikan (*delusion of being controlled*), 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.
- c. 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.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 25 -

- d. 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).
- e. 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
- f. Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan (interpolasi) yang berakibat inkoheren atau pembicaraan tidak relevan atau neologisme.
- g. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), sikap tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas serea, negativism, mutisme, dan stupor.
- h. 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.
- i. 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.

5. Pedoman Diagnostik

- a. 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 lir skizofrenia akut.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 26 -

- b. 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.
- c. Diagnosis skizofrenia tidak dapat ditegakkan bila terdapat secara luas gejala-gejala depresif atau manic kecuali bila memang jelas, bahwa gejala-gejala skizofrenia itu mendahului gangguan afektif tersebut.
- d. Skizofrenia tidak dapat didiagnosis bila terdapat penyakit otak yang nyata, atau dalam keadaan intoksikasi atau putus zat.

6. Diagnosis Banding

- a. Gangguan Kondisi Medis Umum misalnya epilepsi lobus temporalis, tumor lobus temporalis atau frontalis, stadium awal sklerosis multipel dan sindrom lupus eritematosus
- b. Penyalahgunaan alkohol dan zat psikoaktif
- c. Gangguan Skizoafektif
- d. Gangguan afektif berat
- e. Gangguan Waham
- f. Gangguan Perkembangan Pervasif
- g. Gangguan Kepribadian Skizotipal
- h. Gangguan Kepribadian Skizoid
- i. Gangguan Kepribadian Paranoid

7. Pemeriksaan Tambahan

- a. Pemeriksaan berat badan (BMI), lingkaran pinggang, Tekanan Darah
- b. Pemeriksaan laboratorium, Darah Tepi Lengkap, fungsi liver, profil lipid, fungsi ginjal, glukosa sewaktu
- c. PANSS



8. Penatalaksanaan

a. Fase Akut

1) Farmakoterapi

Pada Fase akut terapi bertujuan mencegah pasien melukai dirinya atau orang lain, mengendalikan perilaku yang merusak, mengurangi beratnya gejala psikotik dan gejala terkait lainnya misalnya agitasi, agresi dan gaduh gelisah.

Langkah Pertama:

- Berbicara kepada pasien dan memberinya ketenangan.

Langkah Kedua:

- Keputusan untuk memulai pemberian obat. Pengikatan atau isolasi hanya dilakukan bila pasien berbahaya terhadap dirinya sendiri dan orang lain serta usaha restriksi lainnya tidak berhasil. Pengikatan dilakukan hanya boleh untuk sementara yaitu sekitar 2-4 jam dan digunakan untuk memulai pengobatan. Meskipun terapi oral lebih baik, pilihan obat injeksi untuk mendapatkan awitan kerja yang lebih cepat serta hilangnya gejala dengan segera perlu dipertimbangkan.

Obat injeksi:

- a) Olanzapine, dosis 10 mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari.
- b) Aripriprazol, dosis 9,75 mg/injeksi (dosis maksimal 29,25 mg/hari), intramuskulus.
- c) Haloperidol, dosis 5mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.
- d) Diazepam 10mg/injeksi, intravena/intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari.

Tabel 1

Daftar Obat Antipsikotika, Dosis dan Sediaannya

Obat Antipsikotika	Rentang Dosis Anjuran (mg/hari)	Bentuk Sediaan
Antipsikotika Generasi I (APG-I)	1.	2.
Klorpromazin	300 - 1000	tablet (25 mg, 100 mg)
Perfenazin	16 - 64	tablet (4 mg)
Trifluoperazin	15 - 50	tablet (1 mg, 5 mg)

Obat Antipsikotika	Rentang Dosis Anjuran (mg/hari)	Bentuk Sediaan
Haloperidol	5 – 20	tablet (0.5, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 5 mg) injeksi <i>short acting</i> (5 mg/mL), tetes (2 mg/5 mL), <i>long acting</i> (50 mg/mL)
Anti Psikotik Generasi II (APG-II)	3.	4.
Aripiprazol	10 – 30	tablet (5 mg, 10 mg, 15 mg), tetes (1 mg/mL), <i>discmelt</i> (10 mg, 15 mg), injeksi (9.75 mg/mL)
Klozapin	150 - 600	tablet (25 mg, 100 mg)
Olanzapin	10 – 30	tablet (5 mg, 10 mg), <i>zydis</i> (5 mg, 10 mg), injeksi (10 mg/mL)
Quetiapin	300 - 800	tablet IR (25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg), tablet XR (50 mg, 300 mg, 400 mg)
Risperidon	2 – 8	tablet (1 mg, 2 mg, 3 mg), tetes (1 mg/mL), injeksi <i>Long Acting</i> (25 mg, 37.5 mg, 50 mg)
Paliperidon	3 – 9	tablet (3 mg, 6 mg, 9 mg)
Zotepin	75-150	tablet (25 mg, 50 mg)

Obat oral:

Pemilihan antipsikotika sering ditentukan oleh pengalaman pasien sebelumnya dengan antipsikotika misalnya, respons gejala terhadap antipsikotika, profil efek samping, kenyamanan terhadap obat tertentu terkait cara pemberiannya.

Pada fase akut, obat segera diberikan segera setelah diagnosis ditegakkan dan dosis dimulai dari dosis anjuran dinaikkan perlahan-lahan secara bertahap dalam waktu 1 – 3 minggu, sampai dosis optimal yang dapat mengendalikan gejala.

2) Psikoedukasi

Tujuan Intervensi adalah mengurangi stimulus yang berlebihan, stresor lingkungan dan peristiwa-peristiwa kehidupan. Memberikan ketenangan kepada pasien atau mengurangi keterjagaan melalui komunikasi yang baik,



- 29 -

memberikan dukungan atau harapan, menyediakan lingkungan yang nyaman, toleran perlu dilakukan.

3) Terapi lainnya

ECT (terapi kejang listrik) dapat dilakukan pada Skizofrenia katatonik dan Skizofrenia refrakter.

b. Fase Stabilisasi

1) Farmakoterapi

Tujuan fase stabilisasi adalah mempertahankan remisi gejala atau untuk mengontrol, meminimalisasi risiko atau konsekuensi kekambuhan dan mengoptimalkan fungsi dan proses kesembuhan (*recovery*).

Setelah diperoleh dosis optimal, dosis tersebut dipertahankan selama lebih kurang 8 – 10 minggu sebelum masuk ke tahap rumatan. Pada fase ini dapat juga diberikan obat anti psikotika jangka panjang (*long acting injectable*), setiap 2-4 minggu.

2) Psikoedukasi

Tujuan Intervensi adalah meningkatkan keterampilan orang dengan skizofrenia dan keluarga dalam mengelola gejala.

Mengajak pasien untuk mengenali gejala-gejala, melatih cara mengelola gejala, merawat diri, mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan. Teknik intervensi perilaku bermanfaat untuk diterapkan pada fase ini.

c. Fase Rumatan

1) Farmakoterapi

Dosis mulai diturunkan secara bertahap sampai diperoleh dosis minimal yang masih mampu mencegah kekambuhan. Bila kondisi akut, pertama kali, terapi diberikan sampai dua tahun, bila sudah berjalan kronis dengan beberapa kali kekambuhan, terapi diberikan sampai lima tahun bahkan seumur hidup.

2) Psikoedukasi

Tujuan Intervensi adalah mempersiapkan pasien kembali pada kehidupan masyarakat. Modalitas rehabilitasi spesifik, misalnya remediasi kognitif, pelatihan keterampilan sosial dan terapi vokasional, cocok diterapkan pada fase ini. Pada



- 30 -

fase ini pasien dan keluarga juga diajarkan mengenali dan mengelola gejala prodromal, sehingga mereka mampu mencegah kekambuhan berikutnya.

9. Penatalaksanaan Efek Samping

Bila terjadi efek samping, misalnya sindrom ekstrapiramidal (distonia akut atau parkinsonisme), langkah pertama yaitu menurunkan dosis antipsikotika. Bila tidak dapat ditanggulangi, berikan obat-obat antikolinergik, misalnya triheksifenidil, benztropin, sulfas atropin atau difenhidramin injeksi IM atau IV.

Tabel 2
Daftar Obat Yang Digunakan Untuk Mengatasi
Efek Samping Anti Psikotik

Nama Generik	Dosis (mg/hari)	Waktu paruh eliminasi (jam)	Target efek samping ekstrapiramidal
Triheksifenidil	1-15	4	Akatisia, distonia, parkinsonisme
Amantadin	100-300	10-14	Akatisia, parkinsonisme
Propranolol	30-90	3-4	Akatisia
Lorazepam	1-6	12	Akatisia
Difenhidramin	25-50	4-8	Akatisia, distonia, parkinsonisme
Sulfas Atropin	0.5-0.75	12-24	Distonia akut

Untuk efek samping tardif diskinesia, turunkan dosis antipsikotika. Bila gejala psikotik tidak bisa diatasi dengan penurunan dosis antipsikotika atau bahkan memburuk, hentikan obat dan ganti dengan golongan antipsikotika generasi kedua terutama klozapin.

Kondisi Sindroma Neuroleptik Malignansi (SNM) memerlukan penatalaksanaan segera atau gawat darurat medik karena SNM merupakan kondisi akut yang mengancam kehidupan. Dalam kondisi ini semua penggunaan antipsikotika harus dihentikan. Lakukan terapi simtomatik, perhatikan keseimbangan cairan dan observasi tanda-tanda vital (tensi, nadi, temperatur, pernafasan dan kesadaran). Obat yang perlu diberikan dalam kondisi kritis adalah : dantrolen 0.8 – 2.5 mg/kgBB/hari atau bromokriptin 20-30 mg/hari dibagi dalam 4 dosis. Jika terjadi penurunan kesadaran, segera dirujuk untuk perawatan intensif (ICU).



10. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) Cancro R, Lehmann HE. *Schizophrenia: Clinical features*. Dalam: Kaplan dan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA, edit, seventh ed. Lippincott Williams dan Wilkins, A Wolter Kluwer Company, 2000, hal.1169-1198
- 3) Marder SR. *Schizophrenia: Somatic treatment* Dalam: Kaplan dan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA, edit, seventh ed. Lippincott Williams dan Wilkins, A Wolter Kluwer Company, 2000, hal.1199-1231
- 4) PDSKJI, Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia, 2011

F. GANGGUAN SKIZOAFEKTIF

1. Batasan dan Uraian Umum

Skizoafektif adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan dua gambaran yang berulang yaitu gambaran gangguan skizofrenia (memenuhi kriteria A skizofrenia) dan episod *mood* baik depresi mayor maupun bipolar.

2. Subtipe

Ada tiga subtipe gangguan skizoafektif yaitu:

- a. Tipe Manik
- b. Tipe Depresi
- c. Tipe Campuran

3. Pedoman Diagnosis (ICD-X/PPDGJ III)

Diagnosis gangguan skizoafektif hanya dibuat apabila gejala-gejala definitif adanya skizofrenia dan gangguan afektif sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan, atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain, dalam satu episode penyakit yang sama, dan sebagai konsekuensinya, episode penyakit tidak memenuhi kriteria baik skizofrenia maupun episode manik atau depresif.

a. Gangguan Skizoafektif Tipe Manik.

Suasana perasaan harus meningkat secara menonjol atau ada peningkatan suasana perasaan yang tak begitu mencolok dikombinasi dengan iritabilitas atau kegelisahan yang



meningkat. Dalam episode yang sama harus jelas ada sedikitnya satu, atau lebih baik lagi dua gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk skizofrenia).

b. Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif

Harus ada depresi yang menonjol, disertai oleh sedikitnya dua gejala depresif yang khas atau kelainan perilaku seperti yang terdapat dalam kriteria episode depresif; dalam episode yang sama, sedikitnya harus ada satu atau lebih dua gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk pedoman diagnostik skizofrenia).

c. Gangguan Skizoafektif Tipe Campuran

Gangguan dengan gejala-gejala skizofrenia ada secara bersama-sama dengan gejala-gejala gangguan afektif bipolar tipe campuran.

4. Diagnosis Banding

- a. Gangguan psikotik akibat kondisi medik umum
- b. Delirium
- c. Demensia
- d. Gangguan psikotik akibat zat
- e. Skizofrenia
- f. Gangguan *mood* dengan gambaran psikotik
- g. Gangguan waham

5. Pemeriksaan Tambahan

- a. Pemeriksaan berat badan (BMI), lingkaran pinggang, TD
- b. Pemeriksaan laboratorium, DPL, fungsi liver, profil lipid, fungsi ginjal, glukosa sewaktu, kadar litium plasma
- c. PANSS, YMRS, MADRS.

6. Penatalaksanaan

a. Fase Akut

- 1) Skizoafektif, Tipe Manik atau Tipe Campuran

a) Farmakoterapi

Injeksi

- Olanzapin, dosis 10 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- Aripiprazol, dosis 9,75 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25 mg/hari.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 33 -

- Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.
- Diazepam 10mg/2 mL injeksi intravena/intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari.

Oral

- Olanzapin 1 x 10 – 30 mg / hari atau risperidone 2 x 1-3 mg / hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600 mg) atau hari I (1x300 mg-XR), dan seterusnya dapat dinaikkan menjadi 1x600 mg-XR) atau aripirazol 1 x 10-30 mg / hari
- Litium karbonat 2 x 400 mg, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg / hari, pada fungsi ginjal normal) atau divalproat dengan dosis 2 x 250 mg / hari (atau konsentrasi plasma 50-125 µg/L) atau 1-2 x500mg/hari ER.
- Lorazepam 3 x 1-2 mg/hari kalau perlu (gaduh gelisah atau insomnia).
- Haloperidol 5-20 mg/hari

Terapi (Monoterapi)

- (1) Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Aripiprazol
- (2) Litium, Divalproat.

Terapi Kombinasi

- (1) Olz +; Li/Dival Olz + Lor; Olz + Li/Dival+Lor
- (2) Ris + Li/Dival; Ris + Lor; Ris + Li/Dival + Lor
- (3) Que + Li/Dival
- (4) Aripip + Li/Dival; Aripip + Lor; Aripip + Li/Dival + Lor

Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu atau sampai tercapai remisi absolut yaitu YMRS \leq 9 atau MADRS \leq 11 dan PANSS-EC \leq 3 per butir PANSS-EC.

- b) Psikoedukasi
- c) Terapi Lainnya
ECT (untuk pasien refrakter)



2) Skizoafektif, Tipe Depresi

a) Psikofarmaka

Injeksi

- Olanzapin, dosis 10mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- Aripiprazol, dosis 9,75mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25mg/hari.
- Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari
- Diazepam 10mg/2 mL injeksi intravena/ intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari

Oral

- Litium 2 x 400 mg/hari, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg/hari, pada fungsi ginjal normal) atau divalproat dengan dosis awal 3 x 250 mg/hari dan dinaikkan setiap beberapa hari hingga kadar plasma mencapai 50-100 mg/L atau karbamazepin dengan dosis awal 300-800 mg/hari dan dosis dapat dinaikkan 200 mg setiap dua –empat hari hingga mencapai kadar plasma 4-12 µg/mL sesuai dengan karbamazepin 800-1600 mg/hari atau Lamotrigin dengan dosis 200-400 mg/ hari
- Antidepresan, SSRI, misalnya fluoksetin 1 x 10-20 mg/hari
- Antipsikotika generasi kedua, olanzapin 1 x 10 – 30 mg/hari atau risperidone 2 x 1-3 mg/hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600 mg) dan seterusnya atau aripirazol 1 x 10-30 mg/hari.
- Haloperidol 5-20 mg/hari.

Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu atau sampai tercapai remisi absolut yaitu YMRS \leq 9 atau MADRS \leq 11 dan PANSS-EC \leq 3 untuk tiap butir PANSS-EC.



- 35 -

- b) Psikoedukasi
- c) Terapi Lainnya
ECT untuk pasien refrakter terhadap obat atau katatonik.

b. Fase Lanjutan

1) Psikofarmaka

Terapi (Monoterapi)

- a) Litium karbonat 0,6-1 mEq/L biasanya dicapai dengan dosis 900-1200 mg / hari sekali sedengan dosis 500 mg/hari
- b) Olanzapin 1 x 10 mg/hari
- c) Quetiapin dengan dosis 300 – 600 mg/hari
- d) Risperidon dengan 1-4 mg/hari
- e) Aripirazol dengan dosis 10-20 mg/hari

Terapi Kombinasi

Kombinasi obat-obat di atas. Penggunaan antidepresan jangka panjang untuk skizoafektif tipe episode depresi mayor tidak dianjurkan karena dapat menginduksi terjadinya episode manik.

- *Klozapin* dosis 300-750mg/hari (pasien yang refrakter)

Lama pemberian obat fase lanjutan 2-6 bulan sampai tercapai *recovery* yaitu bebas gejala selama 2 bulan.

2) Psikoedukasi

7. Prognosis

Prognosis skizoafektif lebih baik dari pada skizofrenia tetapi lebih buruk bila dibandingkan dengan gangguan *mood*. Perjalanan penyakitnya cenderung tidak mengalami deteriorasi dan responsnya terhadap litium lebih baik daripada skizofrenia.

8. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) *American Psychiatric Associatio. Scizoffective Disorder*. Dalam: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition, Text Revision, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, hal. 319-323



- 3) Fening S, Fochtmann LJ, Carlson GA. *Schizoaffective Disorder*. Dalam: Kaplan dan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA. 8th Ed, Lippincott Williams dan Wilkins, A Wolters Cluwer Company, 2005: hal. 1633-1536 .

G. EPISODE DEPRESI

1. Batasan dan Uraian Umum

Episode depresi dapat berdiri sendiri atau menjadi bagian dari gangguan bipolar. Jika berdiri sendiri disebut Depresi Unipolar. Simtom terjadi sekurang-kurangnya dua minggu dan terdapat perubahan dari derajat fungsi sebelumnya.

2. Kriteria Diagnosis Menurut ICD-10 dan PPDGJ III

Gejala utama pada derajat ringan, sedang dan berat :

- Afek depresi
- Kehilangan minat dan kegembiraan
- Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan yang mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

Gejala penyerta lainnya:

- Konsentrasi dan perhatian berkurang
- Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
- Tidur terganggu
- 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).

a) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Ringan

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dan 3 gejala utama depresi seperti tersebut di atas



- 37 -

- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya
- 3) Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
- 4) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

b) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Sedang

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dan 3 gejala utama
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 3 atau 4 dari gejala lainnya.
- 3) Lamanya seluruh episode berlangsung minimum 2 minggu
- 4) Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.

c) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Berat Tanpa Gejala Psikotik

- 1) Semua 3 gejala utama depresi harus ada
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat
- 3) Bila ada gejala penting (misal retardasi psikomotor) yang menyolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresi berat masih dapat dibenarkan.
- 4) Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

d) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Berat dengan Gejala Psikotik

Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut No. 3 di atas (F.32.2) tersebut di atas, disertai waham, halusinasi atau stupor depresi. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau alfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.



3. Kategori

Kategori Ringan, Sedang atau Berat untuk episode depresif tunggal/pertama, bila berulang masuk dalam gangguan depresi berulang.

a) Episoda depresif ringan

- 1) Episoda Depresi Ringan Tanpa Gejala Somatik
- 2) Episoda Depresi ringan Dengan Gejala Somatik

Pedoman diagnostik

- 1) Sekurangnya dua dari:
 - a) *mood* yang depresif
 - b) kehilangan minat dan kesenangan
 - c) mudah lelah
- 2) ditambah sekurangnya dua gejala lain dari episode depresif
- 3) tidak boleh ada gejala yang berat
- 4) berlangsung sekurangnya dua minggu
- 5) resah tentang gejalanya dan sukar menjalankan kegiatan pekerjaan dan sosial yang biasanya, namun tidak berhenti berfungsi sama sekali.

b) Episoda depresif sedang

- 1) Episoda Depresi Sedang Tanpa Gejala Somatik
- 2) Episoda Depresi Sedang Dengan Gejala Somatik

Pedoman diagnostik

- 1) Sekurangnya dua dari tiga gejala paling khas untuk episode depresi ringan.
- 2) Ditambah sekurangnya tiga (sebaiknya 4) dari gejala depresi lainnya.
- 3) Berlangsung sekurang-kurangnya dua minggu
- 4) Kesulitan nyata dalam kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga

c) Episoda depresif berat tanpa gejala psikotik

Manifestasi klinis Episoda Depresi Berat

- 1) Ketegangan dan kegelisahan amat nyata, kecuali bila retardasi merupakan ciri terkemuka.
- 2) Kehilangan harga diri dan perasaan diri tidak berguna.
- 3) Bunuh diri merupakan bahaya nyata pada beberapa kasus berat.



- 4) Sindroma somatik hampir selalu ada pada depresi berat.

Pedoman diagnostik

- 1) Harus ada ketiga gejala khas pada depresi ringan dan sedang.
- 2) Ditambah sekurangnya empat gejala lainnya.
- 3) Beberapa di-antaranya harus berintensitas berat, kecuali agitasi/retardasi sudah mencolok.
- 4) Berlangsung sekurangnya dua minggu, atau lebih pendek bila gejala sangat berat dan awitannya sangat cepat.
- 5) Tidak mampu menjalankan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf sangat terbatas.

d) Episoda depresif berat dengan gejala psikotik

Pedoman diagnostik:

- 1) Memenuhi kriteria depresi berat disertai waham, halusinasi atau stupor depresif.
- 2) Isi waham biasanya ide tentang dosa, kemiskinan atau tentang malapetaka yang mengancam dan individu merasa bertanggung-jawab atas hal tersebut.
- 3) Halusinasi auditorik / olfaktorik berupa suara menghina atau menuduh atau bau kotoran / daging busuk
- 4) Retardasi motorik berat yang dapat menuju stupor.
- 5) Waham / halusinasi bisa serasi atau tidak serasi dengan afek.

e) Gangguan Depresif Berulang

Manifestasi klinis:

- Episode depresi berulang tanpa adanya riwayat mania atau hipomania.
- Awitan, keparahan, durasi, dan frekuensi episode depresi sangat bervariasi.
- Lama berlangsung antara 3 – 12 bulan, rata-rata enam bulan, frekuensi lebih jarang daripada bipolar
- Remisi sempurna antara episode, sebagian kecil, terutama pada usia lanjut bisa menetap.
- Seringkali tiap episode dicetuskan oleh stresor
- Bila dibandingkan dengan pada lelaki, kejadian pada wanita dua kali lebih sering.



- 40 -

1) Gangguan depresi berulang, episode kini ringan

- Gangguan suasana perasaan berulang lainnya
- Gangguan depresi berulang, episode kini ringan, tanpa gejala somatik
- Gangguan depresi berulang, episode kini ringan, dengan gejala somatik

Pedoman diagnostik

- (a) Memenuhi kriteria gangguan depresi berulang, sekarang episode depresif ringan dan
- (b) Sekurangnya dua episode telah berlangsung selama minimal dua minggu dan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan suasana perasaan yang bermakna.

2) Gangguan depresi berulang, episode kini sedang

- Gangguan suasana perasaan berulang lainnya
- Gangguan depresi berulang, episode kini sedang, tanpa gejala somatik
- Gangguan depresi berulang, episode kini sedang, dengan gejala somatik

Pedoman diagnostik, pasti

- (a) Memenuhi kriteria gangguan depresi berulang, sekarang episode depresif sedang dan
- (b) Sekurangnya dua episode telah berlangsung selama minimal dua minggu dan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan suasana perasaan yang bermakna.

3) Gangguan Depresi Berulang, Episode Kini Berat Tanpa Gejala Psikotik

- Gangguan suasana perasaan berulang lainnya
- Gangguan depresi berulang, episode kini berat, tanpa gejala somatik
- Gangguan depresi berulang, episode kini berat, dengan gejala somatik

Pedoman diagnostik, pasti

- (a) Memenuhi kriteria gangguan depresi berulang, sekarang episode depresif berat tanpa gejala psikotik, dan
- (b) Sekurangnya dua episode telah berlangsung selama minimal dua minggu dan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan suasana perasaan yang bermakna.



- 41 -

4) Gangguan Depresi Berulang, Episode Kini Berat Dengan Gejala Psikotik

Pedoman diagnostik

- (a) Memenuhi kriteria gangguan depresi berulang, sekarang episode depresif berat dengan gejala psikotik, dan
- (b) Sekurangnya dua episode telah berlangsung selama minimal dua minggu dan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan suasana perasaan yang bermakna.

5) Gangguan Depresi Berulang, Kini Remisi

Pedoman diagnostik

- (a) Dimasa lampau pernah gangguan depresi berulang sekarang tidak sedang mengalami gangguan apapun, dan
- (b) Sekurangnya dua episode telah berlangsung selama minimal dua minggu dan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan suasana perasaan yang bermakna.

4. Diagnosis Banding

- a. Gangguan *Mood* Disebabkan oleh Kondisi Medis Umum (Tumor otak, gangguan metabolik, HIV AIDS, Penyakit Parkinson dan Penyakit Cushing)
- b. Gangguan *Mood* diinduksi Zat
- c. Skizofrenia
- d. Berduka
- e. Gangguan Kepribadian
- f. Gangguan Skizoafektif
- g. Gangguan Penyesuaia dengan *Mood* Depresi
- h. Gangguan Tidur Primer

5. Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi yaitu mengakhiri episode depresi saat ini dan mencegah timbulnya episode penyakit di masa yang akan datang.

Untuk itu dibagi menjadi 3 fase :

- Terapi fase akut
- Terapi fase lanjutan
- Terapi fase rumatan



a. Terapi Fase Akut

Dimulai dari keputusan untuk terapi dan berakhir dengan remisi. Skala penentuan beratnya depresi (HAM-D dan MADRS) dapat membantu menentukan beratnya penyakit dan perbaikan gejala.

Target pengobatan pada fase akut tercapainya respon atau remisi (lebih baik). Lama terapi pada fase akut 2-6 minggu.

Indikasi yang pasti untuk perawatan di rumah sakit adalah:

- 1) Prosedur diagnostik
- 2) Risiko bunuh diri atau pembunuhan
- 3) Kemunduran yang parah dalam kemampuan memenuhi kebutuhan makan dan perlindungan
- 4) Cepatnya perburukan gejala
- 5) Hilangnya sistem dukungan yang biasa didapatnya

Kombinasi terapi psikososial dan farmakoterapi memberikan hasil yang baik. Untuk kasus ringan terapi psikososial saja juga memberikan hasil yang baik.

Panduan memilih medikasi :

- 1) Riwayat respons pengobatan
- 2) Prediksi respons gejala terapi
- 3) Adanya gangguan psikiatri/medik lain
- 4) Keamanan
- 5) Potensi Efek Samping

Tabel 3
Jenis Obat Antidepresan, Dosis dan Efek Samping

Nama Obat	Dosis Harian (mg)	Efek Samping
SSRI		
Escitalopram	20-60	semua SSRI bisa menimbulkan insomnia, agitasi, sedasi, gangguan saluran cerna dan disfungsi seksual
Fluoksetin	10-40	
Sertralin	50-150	
Fluvoksamin	150-300	
Trisiklik/Tetrasiklik		
Amitriptilin	75-300	antikolinergik
Maprotilin	100-225	
Imipramin	75-300	

Nama Obat	Dosis Harian (mg)	Efek Samping
SNRI Duloksetin Venlafaksin	40-60 150-375	mengantuk, kenaikan BB, hipertensi, gangguan saluran cerna
RIMA Moklobemid	150-300	pusing, sakit kepala, mual, berkeringat, mulut kering, mata kabur
NaSSA Mirtazapin	15 - 45	somnolen, mual
SSRE Tianeptin	12.5 – 37.5	somnolen, mual, gangguan kardiovaskular
Melatonin Agonis Agomelatin	25 - 50	sakit kepala

b. Terapi Fase Lanjutan

Tujuan pengobatan pada fase ini adalah tercapainya remisi dan mencegah relaps. Remisi yaitu bila HAM-D ≤ 7 atau MADRS ≤ 8 , bertahan paling sedikit 3 minggu. Dosis obat sama dengan fase akut.

c. Terapi Fase Rumatan

Tujuan untuk mencegah rekurensi. Hal yang perlu dipertimbangkan adalah risiko rekuren, biaya dan keuntungan perpanjangan terapi. Pasien yang telah tiga kali atau lebih mengalami episode depresi atau dua episode berat dipertimbangkan terapi pemeliharaan jangka panjang. Antidepresan yang telah berhasil mencapai remisi dilanjutkan dengan dosis yang sama selama masa pemeliharaan.

6. Terapi psikososial

- a. Terapi Kognitif
- b. Terapi Interpersonal
- c. Terapi Perilaku
- d. Terapi orientasi-psikoanalitik
- e. Terapi Keluarga

7. Terapi Lainnya

ECT untuk depresi katatonik, tendensi bunuh diri berulang, refrakter



8. Prognosis

Prognosis tiap episode adalah baik, akan tetapi gangguan ini bersifat kronis sehingga psikiater harus menganjurkan strategi terapi untuk mencegah kekambuhan di masa yang akan datang.

9. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) *American Psychiatric Association. Major Depressive Episode. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. Text Revision, DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 2000, hal. 365-376.*
- 3) Sadock BJ, Sadock JA. *Mood Disorder*. Dalam: Kaplan dan Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry, 10th Ed. Wolters Kluwer, Lippincott Williams dan Wilkins, Philadelphia 2007, hal. 527-462.

H. GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR

1. Batasan dan Uraian Umum

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.

2. Kriteria Diagnosis Menurut ICD-10 + PPDGJ III

a. F31. Gangguan Afektif Bipolar

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.



- 45 -

Termasuk : penyakit, psikosis atau reaksi manik-depresif.

Tidak termasuk Gangguan bipolar, episode manik tunggal dan siklotimia.

b. F31.0 Gangguan afektif bipolar, episode kini hipomanik

Pasien saat ini hipomanik, dan mengalami sekurangnya satu riwayat episode afektif (hipomanik, manik, depresi atau campuran).

c. F31.1 Gangguan afektif bipolar, episode kini manik tanpa gejala psikotik

Pasien saat ini manik, tanpa gejala psikotik dan memiliki sekurangnya satu riwayat episode afektif (hipomanik, manik, depresi atau campuran).

d. F31.2 Gangguan afektif bipolar, episode kini manik dengan gejala psikotik

Pasien saat ini manik, dengan gejala psikotik dan memiliki sekurangnya satu riwayat episode afektif (hipomanik, manik, depresi atau campuran).

e. F31.3 Gangguan afektif bipolar, episode kini depresi ringan atau sedang

Pasien saat ini depresi, dengan derajat ringan atau sedang, serta sekurangnya satu riwayat episode afektif hipomanik, manik atau campuran.

f. F31.4 Gangguan afektif bipolar, episode kini depresi berat tanpa gejala psikotik

Pasien saat ini depresi berat tanpa gejala psikotik, dan mengalami sekurangnya satu riwayat episode afektif hipomanik, manik atau campuran.

g. F31.5 Gangguan afektif bipolar, episode kini depresi berat dengan gejala psikotik

Pasien saat ini depresi berat dengan gejala psikotik, dan mengalami sekurangnya satu riwayat episode afektif hipomanik, manik atau campuran.

h. F31.6 Gangguan afektif bipolar, episode kini campuran

Pasien sekurangnya mengalami satu riwayat episode afektif hipomanik, manik, depresi atau campuran, serta saat ini memperlihatkan gejala campuran atau perubahan cepat gejala manik dan depresi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

- 46 -

i. F31.7 Gangguan afektif bipolar, saat ini remisi

Pasien mengalami sekurangnya satu riwayat episode afektif hipomanik, manik atau campuran, serta satu episode afektif (hipomanik, manik, depresi atau campuran) tapi saat ini tidak menderita gangguan *mood* yang nyata selama beberapa bulan terakhir. Periode remisi selama terapi profilaksis harus diberi kode.

j. F31.8 Gangguan afektif bipolar lainnya

Gangguan Bipolar II
Episode manik berulang NOS

k. F31.9 Gangguan afektif Bipolar YTT

Pedoman diagnostik juga menggunakan DSM-IV-TR seperti berikut ini.

Tabel 4
Kriteria Episod Mania Berdasarkan DSM IV-TR

Tipe Episode	Kriteria
Mania	<p>A. <i>Mood</i> elasi, ekspansif atau iritabel yang menetap, selama periode tertentu, <i>berlangsung paling sedikit satu minggu (atau waktunya bisa kurang dari satu minggu bila dirawat-inap)</i></p> <p>B. Selama periode gangguan <i>mood</i> tersebut, tiga (atau lebih) gejala di bawah ini menetap dengan derajat berat yang bermakna:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grandiositas atau meningkatnya kepercayaan diri 2. Berkurangnya kebutuhan tidur (merasa segar dengan hanya tidur tiga jam) 3. Bicara lebih banyak dari biasanya atau adanya desakan untuk tetap berbicara. 4. Loncatan gagasan atau pengalaman subjektif bahwa pikirannya berlomba 5. Distraktibilitas (perhatian mudah teralih kepada stimulus eksternal yang tidak relevan atau tidak penting) 6. Meningkatnya aktivitas yang bertujuan (sosial, pekerjaan, sekolah, seksual) atau agitasi psikomotor



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 47 -

Tipe Episode	Kriteria
	<p>7. Keterlibatan yang berlebihan dalam aktivitas yang menyenangkan yang berpotensi merugikan (investasi bisnis yang kurang perhitungan, hubungan seksual yang sembrono, atau terlalu boros)</p> <p>C. Gejala-gejala tidak memenuhi kriteria episod campuran</p> <p>D. Gangguan mood sangat berat sehingga menyebabkan hendaya yang jelas dalam fungsi pekerjaan, aktivitas sosial yang biasa dilakukan, hubungan dengan orang lain, atau memerlukan perawatan untuk menghindari melukai diri sendiri atau orang lain, atau dengan gambaran psikotik</p> <p>E. Gejala-gejala tidak disebabkan oleh efek fisiologik langsung penggunaan zat (misalnya, penyalahgunaan zat, obat, atau terapi lainnya) atau kondisi medik umum (misalnya, hipertiroid).</p>

Tabel 5

Kriteria Episod Depresi Mayor Berdasarkan DSM IV-TR

Tipe Episode	Kriteria
<p>Depresi Mayor</p>	<p>A. Lima (atau lebih) gejala berikut terdapat, paling sedikit, dalam dua minggu, dan memperlihatkan terjadinya perubahan fungsi. Paling sedikit satu dari gejala ini harus ada yaitu (1) <i>mood</i> depresi atau (2) hilangnya minat atau rasa senang.</p> <p>Catatan: tidak boleh memasukkan gejala yang jelas-jelas disebabkan oleh kondisi medik umum atau halusinasi atau waham yang tidak serasi dengan <i>mood</i>.</p>



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 48 -

Tipe Episode	Kriteria
	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Mood</i> depresi yang terjadi hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, yang ditunjukkan baik oleh laporan subjektif (misalnya, merasa sedih atau hampa), atau yang dapat diobservasi oleh orang lain (misalnya, terlihat menangis). Catatan: pada anak-anak atau remaja, <i>mood</i> bisa bersifat iritabel.2. Berkurangnya minat atau rasa senang yang sangat jelas pada semua, atau hampir semua aktivitas sepanjang hari, hampir setiap hari (yang diindikasikan oleh laporan subjektif atau diobservasi oleh orang lain)3. Penurunan berat badan yang bermakna ketika tidak sedang diit atau peningkatan berat badan (misalnya, perubahan berat badan lebih dari 5% dalam satu bulan) atau penurunan atau peningkatan nafsu makan hampir setiap hari.4. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari5. Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (dapat diobservasi oleh orang lain, tidak hanya perasaan subjektif tentang adanya kegelisahan atau perasaan menjadi lamban).6. Letih atau tidak bertenaga hampir setiap hari7. Rasa tidak berharga atau berlebihan atau rasa bersalah yang tidak pantas atau sesuai (mungkin bertaraf waham) hampir setiap hari (tidak hanya rasa bersalah karena berada dalam keadaan sakit)8. Berkurangnya kemampuan untuk berpikir atau konsentrasi, ragu-ragu, hampir setiap hari (baik dilaporkan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 49 -

Tipe Episode	Kriteria
	<p>secara subjektif atau dapat diobservasi oleh orang lain)</p> <p>9. Berulangnya pikiran tentang kematian (tidak hanya takut mati), berulangnya ide-ide bunuh diri tanpa rencana spesifik, atau tindakan-tindakan bunuh diri atau rencana spesifik untuk melakukan bunuh diri.</p> <p>B. Gejala-gejala yang ada tidak memenuhi kriteria untuk episod campuran.</p> <p>C. Gejala-gejala menyebabkan penderitaan yang bermakna secara klinik atau terjadinya hendaya social, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.</p> <p>D. Gejala tidak disebabkan oleh efek fisiologik langsung dari zat (misalnya penyalahgunaan zat atau obat) atau kondisi medik umum (misalnya hipotiroid).</p> <p>E. Gejala bukan disebabkan oleh berkabung, misalnya kehilangan orang yang dicintai, gejala menetap lebih dari dua bulan, atau ditandai oleh hendaya fungsi yang jelas, preokupasi dengan rasa tidak berharga, ide bunuh diri, gejala psikotik atau retardasi psikomotor.</p>
Episode Campuran	<p>A. Memenuhi kriteria episod manik dan episod depresi mayor (kecuali untuk durasi) hampir setiap hari selama paling sedikit satu minggu.</p> <p>B. Gangguan <i>mood</i> cukup berat hingga menyebabkan hendaya nyata dalam fungsi pekerjaan atau aktivitas sosial yang biasa dilakukan atau hubungan dengan orang lain, atau memerlukan hospitalisasi untuk mencegah melukai diri sendiri atau orang lain, atau terdapat gambaran psikotik.</p>



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 50 -

Tipe Episode	Kriteria
	C. Gejala-gejala tidak disebabkan oleh efek fisiologik langsung penggunaan zat (penyalahgunaan zat, atau obat, atau terapi lainnya) atau kondisi medik umum (hipertiroid)

Tabel 6
Kriteria Episod Hipomanik

Tipe Episode	Kriteria
Hipomanik	<p>A. <i>Mood</i> elasi, ekspansif atau iritabel, menetap, <i>paling sedikit empat hari, mood jelas terlihat berbeda dengan mood biasa atau ketika tidak sedang depresi</i></p> <p>B. Selama periode gangguan <i>mood</i>, tiga (atau lebih) gejala berikut menetap (empat bila <i>mood</i> hanya iritabel), dengan derajat berat yang cukup bermakna:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Grandiositas atau meningkatnya kepercayaan diri2. Berkurangnya kebutuhan tidur (merasa segar dengan hanya tidur tiga jam)3. Bicara lebih banyak dari biasanya atau adanya desakan untuk tetap berbicara.4. Loncatan gagasan atau pengalaman subjektif adanya pikiran yang berlomba5. Distraktibilitas (perhatian mudah teralih kepada stimulus eksternal yang tidak relevan atau tidak penting)6. Meningkatnya aktivitas yang diarahkan ke tujuan (sosial, pekerjaan, sekolah, seksual) atau agitasi psikomotor7. Keterlibatan yang berlebihan dalam aktivitas yang menyenangkan yang berpotensi merugikan (investasi bisnis yang kurang perhitungan, hubungan seksual yang sembrono, atau terlalu boros)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 51 -

Tipe Episode	Kriteria
	<p>C. <i>Episod yang terjadi berkaitan dengan perubahan yang jelas dalam fungsi yang tidak khas bagi orang tersebut ketika ia tidak ada gejala</i></p> <p>D. <i>Perubahan mood dan fungsi tersebut dapat terlihat oleh orang lain</i></p> <p>E. <i>Episod yang terjadi tidak cukup berat untuk menyebabkan hendaya yang jelas dalam fungsi sosial atau pekerjaan, atau tidak memerlukan perawatan, atau tidak ada gambaran psikotik.</i></p> <p>F. <i>Gejala-gejala tidak disebabkan oleh efek fisiologik langsung penggunaan zat (misalnya, penyalahgunaan zat, atau terapi lainnya) atau kondisi medik umum (misalnya, hipertiroid).</i></p>

3. **Diagnosis Banding**

- a. Gangguan psikotik akibat kondisi medik umum
- b. Gangguan psikotik akibat zat
- c. Skizofrenia
- d. Gangguan skizoafektif
- e. Gangguan waham

4. **Pemeriksaan Tambahan**

- a. Pemeriksaan Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB), BMI, lingkar pinggang, TD
- b. Pemeriksaan laboratorium, DPL, fungsi liver, profil lipid, fungsi ginjal, glukosa sewaktu, kadar litium plasma.
- c. YMRS, MADRS, MDQ, PANSS-EC

Tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa skala diagnostik lebih superior bila dibandingkan dengan wawancara klinis.



5. Penatalaksanaan

a. Terapi Gangguan Bipolar, Agitasi Akut

Injeksi

- Lini I
 - Injeksi IM Aripiprazol, dosis adalah 9,75 mg/mL injeksi, maksimum adalah 29,25mg/hari (tiga kali injeksi per hari dengan interval dua jam).
 - Injeksi IM Olanzapin, dosis 10 mg/injeksi, maksimum adalah 30 mg/hari. Interval pengulangan injeksi adalah dua jam.
- Lini II
 - Injeksi IM Haloperidol yaitu 5 mg/kali injeksi. Dapat diulang setelah 30 menit. Dosis maksimum adalah 15 mg/hari.
 - Injeksi IM Diazepam yaitu 10 mg/kali injeksi. Dosis 20-30 mg/hari. Dapat diberikan bersamaan dengan injeksi haloperidol IM. Jangan dicampur dalam satu jarum suntik

b. Terapi Gangguan Bipolar, Episod Mania Akut

Oral

- Lini I
Litium, divalproat, olanzapin, risperidon, quetiapin, quetiapin XR, aripiprazol, litium atau divalproat+risperidon, litium atau divalproat+quetiapin, litium atau divalproat+olanzapin, litium atau divalproat + aripiprazol
- Lini II
Karbamazepin, terapi kejang listrik (TKL), litium+divalproat, paliperidon
- Lini III
Haloperidol, klorpromazin, litium atau divalproat+haloperidol, litium+karbamazepin, klozapin

Tidak direkomendasikan

Gabapentin, topiramate, lamotrigine, risperidon+karbamazepin, olanzapin+karbamazepin



c. Terapi Gangguan Bipolar, Episod Depresi Akut

Oral

- Lini I
Litium, lamotrigin, quetiapin, quetiapin XR, litium atau divalproat+SSRI, olanzapin+SSRI, litium+divalproat
- Lini II
Quetiapin+SSRI, divalproat, litium atau divalproat+lamotrigin
- Lini III
Karbamazepin, olanzapin, litium+karbamazepin, litium atau divalproat+venlafaksin, litium+MAOI, TKL, litium atau divalproat atau AA+TCA, litium atau divalproat atau karbamazepin+SSRI+lamotrigin, penambahan topiramat.

Tidak direkomendasikan

Gabapentin monoterapi, aripiprazol monoterapi

d. Terapi Rumatan pada Gangguan Bipolar I

- Lini I
Litium, lamotrigin monoterapi, divalproat, olanzapin, quetiapin, litium atau divalproat+quetiapin, *Risperidon Injeksi Jangka Panjang* (RIJP), penambahan RIJP, aripiprazol.
- Lini II
Karbamazepin, litium+divalproat, litium+karbamazepin, litium atau divalproat+olanzapin, litium+risperidon, litium+lamotrigin, olanzapin+fluoksetin
- Lini III
Penambahan fenitoin, penambahan olanzapin, penambahan ECT, penambahan topiramat, penambahan asam lemak omega-3, penambahan okskarbazepin

Tidak direkomendasikan

Gabapentin, topiramat atau antidepresan monoterapi

e. Terapi Gangguan Bipolar II, Episod Depresi Akut

- Lini I
Quetiapin



- 54 -

- Lini II
Litium, lamotrigin, divalproat, litium atau divalproat + antidepresan, litium + divalproat, antipsikotika atipik + antidepresan
- Lini III
Antidepresan monoterapi (terutama untuk pasien yang jarang mengalami hipomania)

f. Terapi Rumatan Gangguan Bipolar

- Lini I
Litium, lamotrigin
- Lini II
Divalproat, litium atau divalproat atau antipsikotika atipik + antidepresan, kombinasi dua dari: litium, lamotrigin, divalproat, atau antipsikotika atipik
- Lini III
Karbamazepin, antipsikotika atipik, ECT.

Tidak direkomendasikan

Gabapentin

6. Intervensi Psikososial

Intervensi psikososial meliputi berbagai pendekatan misalnya, *Cognitive Behavioural 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.

7. Prognosis

Prognosis gangguan bipolar I lebih buruk bila dibandingkan dengan gangguan depresi mayor. Sekitar 40%-50% pasien dengan gangguan bipolar I mengalami kekambuhan dalam dua tahun setelah episod pertama. Sekitar 7% pasien dengan gangguan bipolar tidak mengalami kekambuhan. Sebanyak 45% mengalami lebih dari satu episod dan 40% menjadi kronik. Prognosis gangguan bipolar II belum begitu banyak diteliti. Diagnosisnya lebih stabil dan merupakan penyakit kronik yang memerlukan terapi jangka panjang.



8. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) *American Psychiatric Association: Mood Disorders.* Dalam: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition, Text Revision, Washington, DC, 2005, hal. 345-429
- 3) *American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 2002; 159: 1-50*
- 4) Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, dkk. *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for management of patients with bipolar disorder: update 2009. Bipolar Disord 2009; 11: 225-255*

I. GANGGUAN PANIK

1. Batasan dan Uraian Umum

Gangguan panik yaitu adanya serangan panik yang berulang. Serangan panik adalah perasaan sangat ketakutan yang muncul secara tiba-tiba, kekhawatiran yang berlebihan atau teror, pada suatu periode tertentu, yang sering disertai dengan perasaan akan terjadinya malapetaka.

2. Subtipe

- Gangguan panik tanpa agorafobia
- Gangguan panik dengan agorafobia
- Agorafobia tanpa riwayat gangguan panik

3. Kriteria Diagnosis Gangguan Panik (menurut ICD X + PPDGJ III)

Gambaran khas gangguan panik (ansietas paroksismal episodik) berupa serangan cemas berat (panik) berulang, tidak terbatas pada situasi tertentu dan olehnya itu tidak bisa diprediksi. Seperti pada gangguan cemas lainnya, simptom yang dominan yaitu palpitasi, nyeri dada, rasa tercekik, pusing, depersonalisasi atau derealisasi. Sering pula ditemukan rasa takut mati, kehilangan kontrol atau menjadi gila. Gangguan panik tidak boleh dijadikan diagnosis utama jika pasien mengalami gangguan depresi saat serangan terjadi. Dalam situasi seperti ini, serangan panik mungkin sekunder dari depresinya.



Gangguan Panik pada PPDGJ III disebut juga Ansietas Paroksismal Episodik

- a. Gangguan panik baru ditegakkan sebagai diagnostik utama bila tidak ditemukan adanya gangguan ansietas fobik.
- b. Untuk diagnostik pasti harus ditemukan adanya beberapa kali serangan ansietas berat (*severe attacks of autonomic anxiety*) dalam masa kira-kira 1 bulan :
 - 1) Pada keadaan-keadaan sebenarnya secara obyektif tidak ada bahaya;
 - 2) Tidak terbatas pada situasi yang diketahui atau yang dapat diduga sebelumnya (*unpredictable situation*);
 - 3) Dengan keadaan yang relatif bebas dari gejala-gejala ansietas pada periode di antara serangan-serangan panik (meskipun demikian, umumnya dapat terjadi juga ansietas antisipatorik, yaitu ansietas yang terjadi setelah membayangkan sesuatu yang mengkhawatirkan akan terjadi).

a. Kriteria Diagnostik Agorafobia

Catatan: Agorafobia bukan merupakan gangguan yang dapat dikodekan. Berikan kode gangguan spesifik ini bila agorafobia muncul (misalnya, gangguan panik dengan agorafobia atau agorafobia tanpa riwayat gangguan panik)

- 1) Terjadinya ansietas ketika berada di suatu tempat atau situasi yang kemungkinan sulit untuk meloloskan diri (atau merasa malu) atau kemungkinan tidak terdapat pertolongan jika mendapatkan serangan panik atau gejala mirip panik. Karakteristik situasi yang menimbulkan rasa takut agorafobik tersebut meliputi:
 - a) berada sendirian di luar rumah
 - b) berada di tempat ramai atau berada dalam antrian
 - c) berada di atas jembatan
 - d) bepergian sendirian dengan bis, kereta api, atau mobil

Catatan: pertimbangkan diagnosis fobia spesifik bila penghindaran adalah terbatas pada suatu atau hanya beberapa situasi spesifik, atau fobia sosial jika penghindaran terbatas pada situasi sosial

- 2) Situasi tersebut dihindari (misalnya, membatasi bepergian) atau jika dilakukan biasanya disertai penderitaan yang nyata atau dengan ansietas akan mengalami serangan panik atau



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 57 -

gejala mirip panik, atau memerlukan pendamping atau ditemani.

- 3) Ansietas atau penghindaran fobik tidak memenuhi kriteria gangguan mental lainnya contohnya, fobia sosial (penghindaran terbatas pada situasi sosial karena rasa takut terhadap situasi tertentu, misalnya di elevator), gangguan obsesif-kompulsif (misalnya, menghindari kotoran pada seseorang dengan obsesi kontaminasi), gangguan stres pasca traumatik (misalnya, menghindari stimuli yang berhubungan dengan stresor yang katastrofik), atau gangguan ansietas perpisahan (misalnya, menghindari meninggalkan rumah atau saudara)

b. Kriteria Diagnostik Gangguan Panik Tanpa Agorafobia (DSM-IV-TR)

- 1) Baik 1 dan 2:
 - a) Berulangnya (rekuren) serangan panik
 - b) Sekurangnya satu serangan yang diikuti oleh sekurangnya satu bulan (atau lebih) gejala berikut ini:
 - (1) Kekhawatiran yang menetap akan mengalami serangan ulang
 - (2) Ketakutan tentang arti serangan atau akibatnya (misalnya, kehilangan kendali, menderita serangan jantung, atau “menjadi gila”)
 - (3) Perubahan perilaku bermakna berhubungan dengan serangan
- 2) Tidak terdapat agorafobia
- 3) Serangan panik bukan karena efek fisiologik langsung zat (misalnya, penyalahgunaan zat, medikasi) atau suatu kondisi medik umum (misalnya, hipertiroidisme)
- 4) Serangan panik bukan gangguan mental lainnya misalnya, fobia sosial (biasanya terjadi saat berhadapan dengan situasi sosial yang ditakuti), fobia spesifik (misalnya, mengalami situasi fobik tertentu), gangguan obsesif-kompulsif (misalnya, terpapar kotoran pada seseorang dengan obsesi tentang kontaminasi), gangguan stres pasca traumatik (misalnya, sebagai respons terhadap stimuli yang berhubungan dengan stresor katastrofik), atau gangguan ansietas perpisahan (misalnya, sebagai respons jauh dari rumah atau sanak saudara dekat)



c. Kriteria Diagnostik Gangguan Panik dengan Agorafobia (DSM-IV-TR)

- 1) Baik 1 dan 2:
 - a) Berulangnya serangan panik
 - b) Sekurangnya satu serangan yang diikuti oleh sekurangnya satu bulan (atau lebih) berikut ini:
 - (1) Kekhawatiran yang menetap akan mengalami serangan ulang
 - (2) Ketakutan tentang arti serangan atau akibatnya (misalnya, kehilangan kendali, menderita serangan jantung, atau “menjadi gila”)
 - (3) Perubahan perilaku bermakna berhubungan dengan serangan
- 2) Terdapat agorafobia
- 3) Serangan panik bukan karena efek fisiologik langsung dari zat (misalnya, penyalahgunaan zat, medikasi) atau suatu kondisi medik umum (misalnya, hipertiroidisme)
- 4) Serangan panik bukan disebabkan oleh gangguan mental lainnya misalnya, fobia sosial (terjadi saat mengalami situasi sosial yang ditakuti), fobia spesifik (misalnya, mengalami situasi fobik tertentu), gangguan obsesif-kompulsif (misalnya, terpapar kotoran pada seseorang dengan obsesi tentang kontaminasi), gangguan stres pasca traumatik (misalnya, sebagai respons terhadap stimuli yang berhubungan dengan stresor katastrofik), atau gangguan ansietas perpisahan (misalnya, sebagai respons jauh dari rumah atau sanak saudara dekat).

d. Kriteria Diagnostik Agorafobia Tanpa Riwayat Gangguan Panik

- 1) Keberadaan agorafobia dikaitkan dengan rasa takut akan terjadinya gejala seperti panik (misalnya, pusing atau diare)
- 2) Tidak pernah memenuhi kriteria gangguan panik
- 3) Gangguan bukan karena efek fisiologik langsung dari suatu zat (misalnya, penyalahgunaan zat, medikasi) atau suatu kondisi medik umum
- 4) Jika terdapat kondisi medik umum yang berhubungan, rasa takut yang digambarkan dalam kriteria A jelas melebihi yang biasanya berhubungan dengan kondisi tersebut.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 59 -

Perlu diingat bahwa sebagian penderita agorafobia hanya mengalami sedikit ansietas karena mereka secara konsisten dapat menghindari objek atau situasi fobik. Adanya gejala lain seperti depresi, depersonalisasi, obsesi, dan fobia sosial, tidak mengubah diagnosis tersebut, asalkan gejala ini tidak mendominasi gambaran kliniknya. Namun demikian, bilamana penderita tersebut jelas sudah mengalami depresi pada saat gejala fobik tersebut pertama kali timbul, maka lebih tepat didiagnosis sebagai episode depresif.

4. Diagnosis Banding

- a. Gangguan jantung (misalnya aritmia, takikardia supraventrikular)
- b. Gangguan endokrin (misalnya hipertiroid, hiperparatiroid dan peokromositoma)
- c. Disfungsi vestibular
- d. Gangguan kejang
- e. Kondisi psikiatrik lainnya (misalnya, gangguan mood, gangguan stres akut, gangguan obsesif-kompulsif, atau gangguan stres pasca trauma)
- f. Gangguan psikotik
- g. Ketergantungan atau penyalahgunaan zat (misalnya, gejala putus alkohol, intoksikasi kafein, penyalahgunaan stimulan, atau kanabis)

5. Pemeriksaan Tambahan

- a. HAM-A
- b. Pemeriksaan EKG
- c. Pemeriksaan laboratorium, DPL, fungsi liver, profil lipid, fungsi ginjal, glukosa sewaktu, dan fungsi tiroid.

6. Terapi

a. Farmakoterapi

Alprazolam dan fluoksetin merupakan dua obat yang telah disetujui penggunaannya oleh *Food and Drug Administration* (FDA) AS untuk penatalaksanaan gangguan panik.

Tabel 7
Rekomendasi Farmakoterapi untuk Gangguan Panik

	Nama Obat	Dosis (mg/hari)	Efek Samping
Lini pertama	escitalopram,	5-20	Gangguan pencernaan, mual, muntah diare, konstipasi
	fluoksetin,	10-20	
	sertralin,	25-200	
	venlafaksin-XR	75-250	
Lini kedua	klomipramin,	25-250	antikolinergik
	imipramin,	50-300	
	mirtazapin,	15-45	antihistamin
	Alprazolam	2-6	sedasi
	<i>adjunctive</i> klonazepam	1-3	
Lini ketiga	divalproat	250-1500	Sedasi, somnolens, peningkatan berat badan, system pencernaan
	gabapentin	300-1200	Somnolens, sedasi
	<i>adjunctive</i> olanzapin	5-12.5	Peningkatan berat badan
	risperidon	0.5-1	Sindrom ekstrapiramidal
Tidak direkomendasikan buspiron, trazodon, propranolol, karbamazepin			

b. Terapi Psikososial

- Terapi Perilaku Kognitif
- Psikoedukasi
- Terapi Relaksasi

7. Prognosis

Prognosisnya baik bila pasien mendapat penatalaksanaan yang sesuai. Sebanyak 30%-40% pasien dapat mengalami kepulihan sempurna dan sekitar 50% pasien berlanjut mengalami gejala panik yang derajatnya ringan yang tidak mempengaruhi, secara bermakna, kehidupan sehari-hari pasien.



8. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) *American Psychiatric Association. Anxiety Disorder. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. Text Revision, DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 2000, hal. 429-455.*
- 3) Swinson RP, Bleau P, Chokka P, Craven M, Fallu A, Katzman M, et al. *Clinical Practice Guidelines Management of Anxiety Disorders. Can J Psychiatry, Vol 51, Suppl 2, July 2006.*
- 4) Sadock BJ, Sadock JA. *Panic Disorder and Agoraphobia. Dalam: Kaplan dan Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry, 10th Ed. Wolters Kluwer, Lippincott Williams dan Wilkins, Philadelphia 2007, hal. 507-603.*

J. GANGGUAN ANSIETAS MENYELURUH

1. Batasan dan Uraian Umum

Gangguan Ansietas Menyeluruh (GAM) merupakan gangguan ansietas kronik yang ditandai dengan kekhawatiran yang berlebihan, sulit dikendalikan, dan menetap, yang disertai dengan gejala-gejala somatik dan psikik.

Kecemasan bersifat menyeluruh dan menetap yang tidak terbatas atau hanya menonjol pada keadaan situasi khusus tertentu saja (sifatnya "*free-floating*" atau mengambang). Gejala dominan bervariasi, termasuk keluhan kecemasan yang menerap, gemeteran, ketegangan otot, berkeringat, pusing, palpitasi, kepala terasa ringan dan keluhan lambung. Sering diungkapkan rasa takut bahwa pasien atau keluarga akan menderita penyakit atau mengalami kecelakaan.

2. Kriteria Diagnosis Gangguan Cemas Menyeluruh (ICD X + PPDGJ III)

Penderita harus menunjukkan ansietas sebagai gejala primer yang berlangsung hampir setiap hari untuk beberapa minggu sampai beberapa bulan, yang tidak terbatas atau hanya menonjol pada keadaan situasi khusus tertentu saja (sifatnya "*free floating*" atau "mengambang"). Gejala-gejala tersebut biasanya mencakup unsur-unsur berikut:



- a) Kecemasan (khawatir akan nasib buruk, merasa seperti diujung tanduk, sulit konsentrasi, dsb)
- b) Ketegangan motorik (gelisah, sakit kepala, gemetaran, tidak dapat santai), dan
- c) Overaktivitas otonom (kepala terasa ringan, berkeringat, jantung berdebar-debar, sesak napas, keluhan lambung, pusing kepala, mulut kering, dan sebagainya)

Pada anak-anak sering terlihat adanya kebutuhan berlebihan untuk ditenangkan (reassurance) serta keluhan-keluhan somatic berulang yang menonjol.

Adanya gejala-gejala lain yang sifatnya sementara (untuk beberapa hari, khususnya depresi, tidak membatalkan diagnosis utama Gangguan Ansietas Menyeluruh, selama hal tersebut tidak memenuhi kriteria lengkap dari episode depresif (F32.-), gangguan ansietas fobik (F40.-), gangguan panik (F41.0), atau gangguan obsesi kompulsif (F42.-).

3. Penatalaksanaan

a. Farmakoterapi

Tabel 8
Rekomendasi Farmakoterapi Gangguan Ansietas Menyeluruh

	Nama Obat	Dosis (mg/hari)	Efek Samping
Lini pertama	Escitalopram,	10-20	Gangguan System Pencernaan, Mual, Muntah, Diare, Konstipasi, dan lain-lain
	Sertralin,	25-50	
	Venlafaksin-XR	75-150	
Lini kedua	Alprazolam	0,25-4	Sedasi, Pusing, Sakit Kepala
	Bromazepam	3-18	
	Klobazam	20-30	
	Lorazepam	2-6	
	Diazepam	2,5-40	
	Buspiron	10-60	
	Imipramin	50-300	
	Pregabalin	25-600	Sedasi, Somnolens,
Lini ketiga	Mirtazapin	15-45	Antihistamin



	Nama Obat	Dosis (mg/hari)	Efek Samping
	Adjuctive Olanzapin	5-12.5	Peningkatan Berat Badan
	Adjuctive Risperidon	0,5-1	Sindrom Ekstrapiramidal
Tidak direkomendasikan Beta Blocker (propranolol)			

b. Terapi Psikososial

- Terapi Perilaku Kognitif
- Psikoedukasi

4. Prognosis

Pada umumnya prognosis GAM adalah baik bila mendapat penatalaksanaan yang sesuai. Sekitar 50% pasien mendapat perbaikan dalam tiga minggu pertama pengobatan. Sekitar 77% membaik dalam sembilan bulan pengobatan.

5. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) *American Psychiatric Association. Anxiety Disorder. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. Text Revision, DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 2000, hal. 429-455.*
- 3) Sadock BJ, Sadock JA. *General Anxiety Disorder*. Dalam: Kaplan dan Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry, 10th Ed. Wolters Kluwer, Lippincott Williams dan Wilkins, Philadelphia 2007, hal. 622-626.

K. GANGGUAN OBSESIF-KOMPULSIF

1. Batasan dan Uraian Umum

Gangguan obsesif-kompulsif (GOK) merupakan salah satu kelompok gangguan ansietas yang ditandai oleh adanya obsesi dan/atau kompulsi yang berulang, yang berlangsung paling sedikit 1 jam sehari, dan menyebabkan penderitaan yang jelas atau gangguan fungsi sosial dan pekerjaan.



2. **Diagnosis Gangguan Obsesif Kompulsif menurut ICD X**

Tampilan khas berupa pikiran obsesif atau tindakan kompulsif berulang. Pikiran obsesif adalah ide, imaji atau impuls yang masuk ke pikiran pasien berulang-ulang dalam bentuk stereotipik. Pikiran-pikiran ini menimbulkan penderitaan dan pasien sering gagal mengendalikannya. Hal ini dikenali pasien berasal dari pikirannya, meskipun bersifat tidak bisa dilawan.

Tindakan kompulsif adalah perilaku stereotipik yang diulang-ulang. Hal tersebut dirasakan tidak menyenangkan ataupun menghasilkan penyelesaian tugas. Fungsinya untuk mencegah suatu kejadian yang buruk, baik berhubungan dengan atau disebabkan oleh pasien, sehingga merasa ketakutan hal tersebut akan terjadi. Umumnya, perilaku ini dikenali pasien sebagai sesuatu yang tidak bertujuan dan berusaha dilawan. Jika tindakan kompulsi dilawan maka kecemasan makin memburuk.

Diagnosa pasti, gejala obsesi atau kompulsi, atau keduanya, harus ada hampir setiap hari sedikitnya 2 minggu berturut-turut. Merupakan sumber penderitaan (distress) atau mengganggu aktivitas penderita.

Gejala Obsesi harus mencakup sebagai berikut :

- a. Harus disadari sebagai pikiran, bayangan, atau impuls diri sendiri;
- b. Sedikitnya ada 1 pikiran atau tindakan yang tidak berhasil dilawan, meskipun ada lainnya yang tidak lagi dilawan oleh penderita.
- c. Pikiran atau kompulsi tersebut bukan merupakan yang memberi kepuasan atau kesenangan (sekedar perasaan lega dari ketegangan atau anxietas, tidak dianggap sebagai kesenangan seperti dimaksud di atas);
- d. Gagasan, bayangan pikiran atau impuls tersebut harus merupakan pengeluaran pengulangan yang tidak menyenangkan (*unpleasantly repetitive*).

3. **Diagnosis Banding**

- a. Gangguan cemas akibat kondisi umum
- b. Gangguan cemas akibat (diinduksi) zat
- c. Gangguan depresi mayor
- d. Gangguan cemas menyeluruh
- e. Hipokondriasis



- f. Gangguan tik
- g. Gangguan kepribadian obsesif-kompulsif

4. Pemeriksaan Tambahan

- a. Pemeriksaan laboratorium, DPL, fungsi liver, profil lipid, fungsi ginjal, dan glukosa sewaktu.
- b. HAM-A, HAM-D, atau Y-BOCS.

5. Penatalaksanaan

a. Farmakoterapi

Pilih salah satu obat antidepresan di bawah ini dan berikan dengan dosis adekuat yang relatif tinggi, dalam dosis terbagi (dicapai dengan titrasi dosis, memerlukan waktu 1-3 minggu),

Tabel 9
Rekomendasi Farmakoterapi Untuk Gangguan Obsesif Kompulsif

Nama Obat	Dosis
Klomipramin	50-250 mg/hari.
Fluoksetin	20-80 mg/hari.
Sertralin	50-200 mg/hari.
Fluvoksamin	50-300 mg/hari.

Hindari kenaikan dosis yang terlalu cepat karena akan meningkatkan angka penghentian pengobatan (*drop out*) akibat efek samping yang lebih sering timbul pada dosis yang lebih tinggi.

- Jika terapi SSRI gagal ganti terapi, jika terdapat panik ganti dengan MAOI, jika terdapat cemas ganti buspiron, jika terdapat depresi dengan litium, jika terdapat tik dan waham berikan antipsikotik.
- Jika masih tidak respons atau terdapat riwayat bunuh diri lakukan ECT.
- Jika ECT gagal, berikan terapi kombinasi 2 SSRI, atau kombinasikan SSRI, ECT, dan terapi perilaku.

b. Terapi Psikososial

- 1) Terapi Kognitif Perilaku
- 2) Psikoterapi berorientasi tilikan
- 3) Psikoedukasi



6. Prognosis

Awitan GOK berangsur-angsur. Untuk terpenuhinya kriteria lengkap GOK, kadang-kadang diperlukan waktu bertahun-tahun. Awitan cepat biasanya dikaitkan dengan adanya stresor kehidupan yang bermakna atau kehilangan. Penyakit ini bersifat kronik tetapi ada kalanya bersifat fluktuatif. Buruknya prognosis dikaitkan dengan awitan dini (anak-anak), bentuk kompulsinya aneh, bertumpang-tindih dengan gangguan depresi mayor, adanya ide-ide berlebihan (*overvalued*), adanya gangguan kepribadian (gangguan kepribadian skizotipal). Prognosis yang baik ditandai dengan baiknya penyesuaian sosial dan pekerjaan, adanya faktor presipitasi yang jelas, dan bentuk simtomnya yang episodik. Tidak ada hubungan antara bentuk obsesinya dengan prognosis.

7. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) Wibisono S. *Tinjauan Klinis dan Penatalaksanaan Terapi Gangguan Obsesif-Kompulsif. Jiwa*, Indon Psychiat Quart XXVII, 1994: 4: 9-22.
- 3) Israni TH, Janicak PG, Davis JM. *Obsessive-Compulsive Disorder*. Dalam: Flaherty JA, Davis JM, Janicak PG, eds. *Psychiatry - Diagnosis dan Therapy*. 2nd ed, Connecticut: Appleton dan Lange, 1993 : 145-55.
- 4) Stahl SM. *Essential Psychopharmacology*. 2nd ed. New York: Cambridge Univ Press, 2000 : 335-46.
- 5) Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. *An Overview of Obsessive-Compulsive Disorder*. Dalam: *Obsessive-Compulsive Disorder – Practical Management*. 3rd ed. St. Louis : Mosby, 1998 : 3-11.
- 6) Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan dan Sadock's Synopsis of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams dan Wilkins, 2003 : 616-23.
- 7) Bazire S. *Psychotropic Drug Directory 2003/04*. Salisbury: Fivepin Publishing, 2003 : 113-6, 170-1, 209-10, 242-3, 250-65, 367, 370.
- 8) Stein DJ, Hollander E. *Serotonin Specific Re-uptake Inhibitors in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders*. Dalam: Feighner JP, Boyer WF, eds. *Perspectives in Psychiatry Vol 5: Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors*. 2nd ed. Chicester: John Wiley dan Sons, 1996 : 135-53.



- 9) Paap LA. *Anxiety Disorder: Somatic Treatment*. Dalam: Kaplan dan Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol I. 7thed, Philadelphia: Lippincott Williams dan Wilkins, 2000: 1496-7.
- 10) Goodman WK, Price LH. *Rating Scales for Obsessive-Compulsive Disorder*. Dalam: *Obsessive-Compulsive Disorder – Practical Management*. 3rded. St. Louis : Mosby, 1998 : 97-117.
- 11) Jenike MA. Drug Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, eds. *Obsessive-Compulsive Disorder – Practical Management*. 3rded. St. Louis: Mosby, 1998 : 469-522.

L. GANGGUAN STRES PASCA TRAUMA

1. Batasan dan Uraian Umum

Keadaan yang timbul sebagai respons berkepanjangan dan/atau tertunda terhadap kejadian atau situasi yang bersifat stresor katastrofik, sangat menakutkan, yang cenderung menyebabkan penderitaan pada hampir semua orang (misalnya perang, gempa bumi, kecelakaan berat, menjadi korban penyiksaan, terorisme, dan perkosaan)

2. Gangguan Stres Pasca Trauma Menurut ICD-10

Gangguan ini dianggap respon tertunda atau berkepanjangan atas situasi atau kejadian penuh stres (baik berlangsung singkat maupun lama) yang sifatnya mengancam jiwa atau katastrofik, dan hal ini menyebabkan penderitaan pada hampir semua orang.

Faktor predisposisi, seperti ciri kepribadian (misalnya kompulsif, astenik) atau riwayat gangguan neurotik, bisa menurunkan batas ambang seseorang untuk berkembang menjadi sindrom atau memperparah perjalanan penyakitnya, namun hal tersebut tidak bernilai mutlak. Tampilan khas berupa episode kilas balik (*flash-back*) ingatan intrusif, mimpi buruk, penumpukan emosi, *detachment* terhadap orang lain, , anhedonia, penghindaran akan aktivitas dan situasi yang mengingatkan akan trauma. Biasanya ditemukan peningkatan aktivitas otonomik, mudah terkejut dan insomnia. Sering dijumpai ansietas dan depresi, disertai ide-ide bunuh diri. Onset setelah trauma dengan periode laten dari beberapa minggu sampai beberapa bulan. Perjalanan penyakit bersifat fluktuatif tapi mayoritas kasus diharapkan pemulihan.



- 68 -

Sebagian kecil kasus berlangsung kronis menahun, menimbulkan perubahan kepribadian yang menetap.

3. Pedoman Diagnostik Menurut PPDGJ III

- Mengalami atau menyaksikan atau dikonfrontasi peristiwa trauma. Timbulnya gangguan enam bulan setelah peristiwa traumatik yang bersifat katastrofik tersebut. Bila lebih dari enam bulan masih bisa asal manifestasi klinisnya khas dan tidak didapat gangguan lain (misalnya gangguan ansietas, obsesif-kompulsif atau episode depresif)
- Bukti adanya trauma yaitu selalu adanya dalam ingatan bayangan atau mimpi mengenai peristiwa tersebut, secara berulang
- Kriteria tambahan (tidak harus ada):
 - a. penarikan diri secara sosial
 - b. penumpukan perasaan
 - c. penghindaran terhadap stimulus yg dapat mengingatkan kembali traumanya
 - d. gangguan otonom
 - e. gangguan suasana perasaan.

4. Diagnosis banding

- a. Psikosis Akut
- b. Reaksi stres akut
- c. Gangguan Penyesuaian
- d. Gangguan Depresi Mayor

5. Penatalaksanaan

a. Farmakoterapi

Tergantung dari gejala yang menonjol saat itu, apakah sindrom cemas, depresif atau disertai gejala psikotik.

1) Bila cemas, berikan Benzodiazepine, misalnya :

- Klobazam 2 x (5-10mg)
- Lorazepam 1-2 x (0,5-1 mg)

2) Bila depresif:

a) SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*), a.l:

- Sertralin, dosis awal 1 x 12,5 - 25 mg/hari, dapat dinaikkan 1x50mg



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 69 -

- Fluoksetin, dosis awal 1 x 5-10mg/hari, dapat dinaikkan menjadi 1 x 20-40mg/hari
 - Fluvoksamin, dosis awal 1 x 25mg, dapat dinaikkan menjadi 1x 50-100mg/hari
 - Escitalopram, dosis awal 1x 5-10 mg/hari, dapat dinaikkan menjadi 1x20 mg/hari
- b) Derivat trisiklik:
- Amitriptilin: 2x (10-25) mg
 - Imipramin: 1-2 x (10-25) mg
- c) Bila ada gejala psikotik, berikan antipsikotik, contohnya:
- Haloperidol, dosis 2 x 1-5mg atau
 - Risperidon, dosis 2 x 1-2mg atau
 - Olanzapin, 1-2 x 2,5-10mg
 - Quetiapin, 50-100mg

b. Terapi Psikososial

Tujuan terapi menurunkan atau menghilangkan reaksi kecemasan pasien terhadap trauma yg berkaitan dengan stimulus, terdiri atas:

- 1) Edukasi tentang reaksi umum terhadap trauma
- 2) Latihan relaksasi
- 3) Terapi Kognitif Perilaku
- 4) *Eye Movement Desensitisation Reprocessing* (EMDR)
- 5) *Prolonged Exposure* (PE)

6. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993
- 2) Kaplan dan Sadock. *Comprehensive textbook of Psychiatry* 7th ed. Lippincott William & Wilkins (2000): 1500-1501.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK