

Pelayanan Kesehatan Jiwa dalam Praktik Umum*

Dan Hidayat**

Abstrak: Pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dalam pelayanan kesehatan fisik pada praktik umum sehari-hari, oleh dokter umum (dokter keluarga), memegang peranan penting dalam prevensi sekunder (deteksi dini dan terapi segera) gangguan kesehatan jiwa. Biasanya, pelayanan kesehatan fisik pada praktik umum lebih fokus pada kondisi fisik pasien, sehingga masalah kejiwaan yang ada di balik keluhan fisik dan gangguan kesehatan jiwa sebagai komorbid sering tidak terdeteksi dan tidak tertangani secara dini dan tepat. Menurut laporan kesehatan dunia 2001 prevalensi gangguan jiwa pada pelayanan kesehatan primer adalah 24%. Di antaranya sebesar 40% didiagnosis secara tidak tepat, sehingga menghabiskan biaya untuk pemeriksaan laboratorium dan pengobatan yang tidak tepat. Dokter keluarga perlu ditingkatkan pengetahuan dan ketrampilannya dalam melakukan deteksi dini dan penatalaksanaan terapi gangguan kesehatan jiwa, yang banyak ditemui pada praktik umum dengan metode yang sederhana dan praktis.

***Abstract:** psychiatric care in general medical practice, done by general physicians or family doctors plays an important role in secondary prevention (early detection and prompt treatment of mental illness). Usually the focus of general medical care is on physical complains, and mental emotional problems as the underlying causes or mental illness as co-morbid often untouched. According to the world health report 2001 the prevalence of mental and behavior disorders in primary health care is 24%. Amongst 40% of the was misdiagnosed and spent a lot of money for laboratory examinations and improper treatment. General physicians need to be refreshed their knowledge and skills in a simple and practical method of integrative psychiatric care in general medical practice or in primary health care.*

Pendahuluan

Prinsip pelayanan kesehatan jiwa dapat dibagi dalam tiga jenis pelayanan:

- a. Pelayanan bersifat mediko-psiko-sosial, dimana digunakan pendekatan eklektik-holistik yaitu pendekatan secara terinci dan secara menyeluruh; juga menerapkan prinsip-prinsip ilmu kedokteran, ilmu kedokteran jiwa (psikiatri), ilmu perilaku (psikologi), dan ilmu sosial (sosiologi).
- b. Pelayanan bersifat komprehensif, berupa pelayanan promosi kesehatan jiwa, pelayanan prevensi, kurasi dan rehabilitasi gangguan kesehatan jiwa.

* Dibawakan pada simposium "Deteksi dini dan penatalaksanaan terapi gangguan jiwa dalam praktik umum" pada tanggal 27 Oktober 2007, di Hotel Redtop, Jakarta

** Dan Hidayat, Kepala Bagian Psikiatri FK Ukrida

- c. Pelayanan paripurna yang terdiri atas:
- Pelayanan kesehatan jiwa spesialis yang dilakukan oleh psikiater yang ada di RS Jiwa, RS Ketergantungan Obat, RS Umum kelas A dan B, dan praktik swasta.
 - Pelayanan kesehatan jiwa terpadu atau pelayanan kesehatan jiwa integratif, yang dilakukan oleh dokter umum di Puskesmas dan RS Umum kelas C dan D, praktik umum swasta.
 - Pelayanan kesehatan jiwa yang bersumber daya masyarakat di Posyandu, PKK, LKMD, PMR, Pramuka, dilaksanakan oleh guru, orangtua, dan tokoh masyarakat.

Pada tulisan ini akan dibahas khusus pelayanan kesehatan jiwa integratif, yaitu pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh dokter umum dalam praktik sehari-hari.

Menurut *The World Health Report 2001*, prevalensi gangguan mental dan perilaku adalah:

- Pada 25 % dari seluruh penduduk, suatu masa dari kehidupannya pernah mengalami gangguan jiwa;
- 40 % di antaranya didiagnosis secara tidak tepat, sehingga menghabiskan biaya untuk pemeriksaan laboratorium dan pengobatan yang tidak tepat;
- Pada 10 % populasi dewasa suatu ketika dalam kehidupannya pernah mengalami gangguan jiwa;
- 24 % pasien pada pelayanan kesehatan dasar.

Sedangkan hasil survei kesehatan rumah tangga (SKRT) pada tahun 1995 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Departemen Kesehatan RI, dengan menggunakan rancangan sampel dari Sensus Nasional (Susenas) Biro Pusat Statistik (BPS) terhadap 65.664 rumah tangga, didapatkan prevalensi gangguan jiwa per 1000 anggota keluarga yaitu pada usia 5 - 14 tahun 104 orang, pada usia di atas 15 tahun 140 orang. Sedangkan prevalensi di atas 100 / 1000 anggota rumah tangga dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian (*priority public health problem*). Dengan demikian gangguan jiwa sudah merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian.

Hasil penelitian tahun 2002 di Propinsi Nangroe Aceh Darussalam (daerah konflik) di 20 Puskesmas dari 10 kabupaten/kota terhadap pasien yang pertama kali datang berobat : 51,10 % mengalami gangguan kesehatan jiwa.

Penelitian terakhir di Jawa Barat tahun 2002 (*point prevalence - unpublished*) ditemukan 36 % pasien yang berobat ke Puskesmas mengalami gangguan kesehatan jiwa.¹

Penyakit atau Gangguan

Penyakit atau gangguan secara dikotomis dapat dibagi dalam dua kategori yaitu penyakit fisik atau penyakit organik dan penyakit mental atau penyakit fungsional. Bila karena penyakit fisik timbul gangguan mental maka dikatakan **gangguan mental organik**; sebaliknya bila karena adanya gangguan/masalah mental timbul gangguan fisik maka dikatakan **gangguan psikosomatik**(istilah yang masih banyak digunakan di kalangan medik); bila gangguan/masalah mental menimbulkan keluhan fisik tanpa

gangguan/penyakit fisik didiagnosis sebagai **somatoform**; bila karena ada masalah fisik kemudian timbul masalah kejiwaan secara tidak langsung, disebut **gangguan somatopsikis**; bila gangguan fisik dan gangguan mental berada secara bersamaan tanpa hubungan sebab akibat, dikatakan sebagai **komorbiditas**.

Sesungguhnya gangguan fisik dan gangguan mental tidak bisa dipisah-pisahkan, upaya memisahkan fisik dan mental merupakan upaya dikotomis dan hal ini tidak tepat dalam pendekatan eklektik-holistik; dan semua gangguan itu sesungguhnya dapat dilakukan dengan pendekatan psikosomatik. Gangguan fungsional mempunyai komponen organik, misalnya perasaan sedih dapat mengeluarkan air mata; gangguan fisik pun mempunyai komponen psikologik, misalnya karena adanya HIV dalam darah sudah dapat menimbulkan depresi (somatopsikis), walaupun HIV belum menyerang otaknya. Pembagian organik dan fungsional dalam praktik umum hanya untuk kemudahan pemeriksaan saja, sedangkan pendekatannya tetap secara eklektik holistik.

Pengertian Dasar

Untuk dapat melakukan deteksi dini gangguan mental diperlukan beberapa pengertian dasar sebagai berikut: yang dimaksud dengan **gangguan organik atau penyakit fisik** adalah gangguan mengenai organ tubuh, ada gejala dan tanda-tanda objektif, ada gangguan faali atau kerusakan jaringan atau struktural pada organ tubuh, dapat dibuktikan dengan pemeriksaan fisik, laboratorium, radiologi, EEG, CT scan, USG, MRI, PET-scan, dan sebagainya.

Sedangkan **gangguan psikologik atau gangguan mental** adalah gangguan pada fungsi mental(jiwa) yaitu fungsi yang berkaitan dengan emosi (perasaan), kognisi (pikiran), konasi (perilaku); berupa gejala dan tanda-tanda objektif (psikopatologi) yang nyata secara klinis, bisa disertai dengan/tanpa kerusakan struktur/jaringan susunan saraf pusat; juga ada keluhan atau penderitaan (distres) dari pasien dan/atau keluarganya; biasanya disertai disabilitas atau disfungsi yaitu gangguan pada fungsi pekerjaan, fungsi sosial, dan fungsi sehari-hari. Etiologinya multi faktorial yaitu secara organobiologik, psikologik, pendidikan, dan sosial-budaya.

Etiologi Organobiologik

Penyakit Otak (Intraserebral) seperti gangguan degeneratif, infeksi pada otak, gangguan cerebrovaskular, trauma kapitis, epilepsi, neoplasma, toksik (NAPZA), dan herediter.

Penyakit Sistemik (Ekstraserebral) seperti gangguan metabolisme, endokrin/hormonal, infeksi sistemik, atau penyakit autoimun.

Etiologi Psikologik

Seperti krisis yaitu suatu kejadian yang mendadak; konflik, suatu pertentangan batin; tekanan khususnya dari dalam dirinya, seperti kondisi fisik yang tidak ideal; frustrasi, suatu kegagalan dalam mencapai tujuan; dari sudut pendidikan dan perkembangan seperti salah asih, salah asah, salah asuh; dan tak terpenuhinya kebutuhan psikologik seperti rasa aman, nyaman, perhatian, kasih-sayang.

Etiologi Sosio-kultural

Problem keluarga, problem dengan lingkungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, akses ke pelayanan kesehatan, problem hukum/kriminal dan problem psikososial lainnya.

Tanda/gejala Organik

Faktor organik spesifik yang diduga ada kaitannya dengan gangguan kejiwaan seperti penyakit/gangguan sistemik atau otak, yaitu yang berkaitan dengan etiologi organobiologik. Tanda dan gejalanya adalah penurunan kesadaran patologik dari delirium, apathia, somnolen, sopor, sampai koma; adanya gangguan fungsi intelektual atau fungsi kognitif, seperti gangguan daya ingat, daya pikir, daya belajar, gangguan perhatian yaitu berkurangnya kemampuan mengarahkan, memusatkan, mempertahankan dan mengalihkan perhatian; ada gangguan orientasi tempat, waktu dan perorangan; bisa disertai gangguan persepsi seperti halusinasi visual.

Tanda/Gejala Penggunaan zat psikoaktif(NAPZA)

Keparahannya dari intoksikasi tanpa komplikasi dan penggunaan yang merugikan, sampai gangguan psikotik dan demensia. Ada riwayat penggunaan zat psikoaktif secara patologik artinya setiap hari harus menggunakan zat psikoaktif agar dapat berfungsi secara adekuat/memadai minimal satu bulan.

Intoksikasi adalah suatu gangguan mental dimana terdapat tingkah laku maladaptife akibat penggunaan zat psikoaktif.

Penyalahgunaan zat tanpa ketergantungan, pola penggunaan zat psikoaktif secara patologik disertai hendaya dalam fungsi sosial atau pekerjaan dan telah berlangsung paling kurang satu bulan.

Ketergantungan, bila ada ketergantungan fisiologik yang dibuktikan dengan adanya toleransi dan sindrom putus zat, dan hampir selalu disertai penggunaan patologik yang mengakibatkan hendaya dalam fungsi sosial atau pekerjaan.

Toleransi berarti untuk mendapatkan efek yang sama dari zat tersebut diperlukan peningkatan dosis.

Sindrom putus zat (*withdrawal*) terjadi bila ada pengurangan yang cukup banyak dari zat yang rutin digunakan, atau mendadak menghentikan penggunaan zat tersebut.^{1,2,3,7}

Gejala-gejala Psikotik

- **Waham:** keyakinan menetap yang tidak sesuai dengan kenyataan dan selalu dipertahankan.
- **Halusinasi:** persepsi pancaindera tanpa sumber rangsangan sensorik eksternal.
- **Inkoherensi:** pembicaraan/tulisan yang tidak dapat dimengerti.
- **Katatonia:** gangguan psikomotor seperti mematung, fleksibilitas lilin, stupor, furor (kegelisahan yang muncul secara mendadak), gerakan stereotipik.
- **Perilaku kacau:** telanjang, gelisah, mengamuk, menarik diri, perilaku aneh.
- **Gejala negatif** (kehilangan kemampuan yang biasanya ada pada orang yang tidak sakit) pada skizofrenia kronis seperti inatensi, afek mendatar, abulia, alogia, avolition, asosialitas, tak merawat diri, apatis terhadap lingkungan.

Gejala Afektif

Afek/mood adalah suasana perasaan internal yang berkepanjangan dan meresap, yang sering mempengaruhi perilaku dan persepsi individu terhadap dunia luar seperti anxiety (cemas patologik), depresi, dan mania.

- **Anxietas:** rasa khawatir yang berlebihan, disertai dengan ketegangan motorik dan hiperaktivitas otonom seperti berdebar-debar, keringat dingin, dan tensi naik.
- **Fobia:** ketakutan irasional yang menetap terhadap suatu objek atau situasi.
 - fobia sosial: takut diperhatikan, salah tindak dan sebagainya.
 - agorafobia: fobia terhadap keramaian dan kesendirian.
 - klaustrofobia: fobia terhadap ruang tertutup, misalnya dalam lift.
 - akrofobia: fobia terhadap ketinggian.
- **Panik:** kecemasan yang memuncak dan sesaat saja, pada situasi yang tak berbahaya.
- **Obsesif-kompulsif:** pikiran dan perbuatan berulang yang tak bisa dihindarkan.

- **Depresi:** rasa sedih yang berlebihan dan berkepanjangan, kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya energi, sehingga mudah lelah, aktivitas berkurang. Gejala-gejala depresif:
 - rasa sedih, murung, putus asa, rendah diri.
 - kehilangan gairah kerja, gairah belajar, gairah seks, lesu, aktivitas berkurang.
 - gangguan makan dan gangguan tidur, keluhan fisik lainnya.
 - menyendiri, tak suka bergaul, kurang komunikasi.
 - ingin mati, rasa bersalah, tak ada semangat.

- **Mania:** suasana perasaan yang meningkat, disertai peningkatan dalam jumlah dan kecepatan aktivitas fisik dan mental, dalam berbagai derajat keparahan, gejalanya:
 - Rasa senang yang berlebih.
 - Energi yang bertambah, timbul hiperaktif, kebutuhan tidur berkurang.
 - Psikomotilitas meningkat: banyak bicara, ide kebesaran, sangat optimistik.

Pelayanan Kesehatan Jiwa Integratif dalam Praktik Umum

Dalam praktik kedokteran, pasien yang datang berobat selalu mempunyai keluhan utama. Keluhan utama itu berupa:

- **Keluhan fisik**, yaitu keluhan fisik tanpa jelas ada faktor mental emosional, seperti kurus, kurang gizi; penglihatan kabur, katarak; bisul, koreng, demam, muntaber; varices, wasir, perdarahan; patah tulang, cedera kepala; kencing manis; benjolan di buah dada; keracunan singkong beracun; kelainan bawaan, thalasemia. Pada keluhan fisik, bila jelas tak ada masalah mental emosional di balik keluhan fisiknya, langsung diterapi sesuai dengan diagnosis fisik.

- **Keluhan psikosomatik**, yaitu keluhan fisik yang berlatar belakang faktor mental emosional. Keluhan Psikosomatik berkaitan dengan sistem organ::
 - **Kardio-vaskuler:** keluhan jantung berdebar-debar, cepat lelah.
 - **Gastro-intestinal:** keluhan ulu hati nyeri, mencret kronis.
 - **Respiratorius:** keluhan sesak napas, asma.

- **Dermatologi:** keluhan gatal, eksim.
- **Muskulo-skeletal:** keluhan encok, pegal, kejang.
- **Endokrinologi:** keluhan hipertiroidi, hipotiroidi, dismenorea.
- **Urogenital:** keluhan masih mengompol, gangguan gairah seks.
- **Serebro-vaskuler :** keluhan pusing, sering lupa, sukar konsentrasi, kejang epilepsi.

Pada keluhan psikosomatik, biasanya di balik keluhan fisiknya ada masalah kejiwaannya; masalah kejiwaan yang paling sering menyertai keluhan psikosomatik ini adalah gejala anxietas, dan gejala depresi.

➤ **Keluhan mental emosional**, yaitu keluhan yang berkaitan dengan fungsi mental seperti emosi, kognisi, dan konasi. Keluhan mental emosional dapat berupa:

- **Gejala psikotik:** halusinasi, waham, inkoherensi, katatonia, perilaku kacau, gejala negatif .
- **Gejala anxietas:** cemas, khawatir, berdebar, keringat dingin.
- **Gejala depresif:** murung, tak bergairah, putus asa, menyendiri, pasif, tak banyak bicara.
- **Gejala manik:** gembira, banyak bicara, hiperaktif.
- **Gangguan tidur:** sulit tidur, terlalu banyak tidur, mimpi buruk, mimpi Menakutkan.
- **Retardasi mental:** bodoh, tak bisa mengikuti pelajaran, sukar mengadakan adaptasi, sejak usia di bawah 18 tahun.
- **Pemakaian NAPZA:** teler, sakau, curiga ('parno'), takut.
- **Anak dan remaja:** kesulitan belajar, gangguan perkembangan, gangguan makan, gangguan perilaku, masih mengompol pada anak di atas 5 tahun, gangguan interaksi, komunikasi, gangguan pemusatan perhatian dengan hiperaktivitas.

Pada pasien yang datang dengan keluhan psikosomatik dan keluhan mental emosional maka yang perlu dilakukan oleh dokter adalah menetapkan:

- **Stresor(etologi)nya:** organobiologik atau psikososial.
- **Ada atau tidaknya distres/penderitaan/keluhan** pada pasien, dan/atau lingkungan/keluarga.
- **Ada atau tidak adanya gangguan fungsi** seperti fungsi pekerjaan/akademik, fungsi sosial, fungsi sehari-hari.

Hal-hal yang berkaitan dengan pembuatan diagnosis:

- **Gejala kejiwaan** yang disertai dengan distres/penderitaan dan/atau gangguan fungsi disebut **Gangguan Mental**.
- Gangguan Mental yang disebabkan stresor organobiologik disebut **Gangguan Mental Organik (GMO)**.
- Gangguan Mental yang disebabkan stresor psikososial disebut **Gangguan Mental Non Organik (GMNO)**.^{1,2,3}

Pembuatan diagnosis (kode diagnosis ICD 10) secara cepat dan petunjuk terapi:

1. Kalau pasien lanjut usia (di atas 65 th) datang dengan keluhan utama gangguan daya ingat, tanpa penurunan kesadaran secara patologik => **Demensia (F00#)**.^{2,3}

Pedoman praktis terapi demensia, prinsip umumnya adalah :

Identifikasi dan obati kondisi medik umum seperti gangguan tiroid, defisiensi vitamin B₁₂, HIV; pasien kontrol satu kali setiap minggu, kemudian satu kali setiap bulan; evaluasi potensi bunuh diri dan cedera diri; dilarang mengemudikan kendaraan bermotor; jangan biarkan pergi sendirian, sertakan identitas diri yang melekat pada tubuhnya seperti gelang dengan nomor telepon dan alamat; beritahu keluarga tentang penyakitnya, keputusan keuangan, surat wasiat, kelompok pendukung, organisasi masyarakat. Obat yang bisa diberikan adalah vitamin E, neurotropik, nootropik, ginkobiloba, ergot mesylate (hidergine), tacrine, donepezil (Aricept), rivastigmine (Exelon), galantamine (Reminyl).^{1,4,5,6}

2. Kalau pasien datang dengan kesadaran berkabut (penurunan kesadaran secara patologik, dari kesadaran berkabut sampai koma), berkurangnya kemampuan mengarahkan, memusatkan, mempertahankan, dan mengalihkan perhatian, bisa disertai halusinasi, waham, berlangsung kurang dari 6 bulan => **Delirium (F05)**.

^{2,3} **Terapi delirium** adalah terapi kausal yang berkaitan dengan penyakit sistemiknya.. Perlu dukungan fisik agar tidak timbul kecelakaan, dukungan sensori agar tidak terlalu dirangsang atau terlalu kurang dirangsang, dan dukungan lingkungan yaitu perlu pendamping atau pengasuh biasa. Bila disertai gejala psikotik rujuk ke RS Jiwa. Gejala insomnia dapat diterapi dengan benzodiazepin kerja singkat (lorazepam) atau hidroxyzine (Iterax /bestalin). Pada delirium karena putus alkohol dapat diberikan benzodiazepin kerja panjang (diazepam).^{1,4,5,6}

3. Kalau pasien datang dengan riwayat penggunaan zat psikoaktif sampai saat ini dapat didiagnosis **Gangguan Penggunaan Zat Psikoaktif (F10 alkohol, F11 opioda, F12 ganja, F13 hipnotika, F15 stimulasi)**; kemudian tentukan kondisi pada saat datang apakah dalam keadaan intoksikasi akut, penggunaan yang merugikan, sindrom ketergantungan, keadaan putus zat dengan / tanpa delirium, gangguan psikotik, atau sindrom amnesik.

Terapi **intoksikasi alkohol**: muntahkan bila belum lama, berikan kopi kental, aktivitas fisik atau mandi air dingin-hangat. Bila berat seperti intoksikasi alkohol idiosinkratik dan stupor alkoholik sebaiknya dirujuk ke RS Ketergantungan Obat atau RS Jiwa.⁷

Intoksikasi opioda diterapi dengan Naloxone HCl (Narcan) di rumah sakit

Intoksikasi ganja, intoksikasi kokain atau amfetamin atau stimulasi diterapi dengan diazepam 10-30 mg im/oral; clobazam 3 x 10 mg , bila palpitasi beri propanolol 3 dd 10-40 mg; bila disertai gejala psikotik berikan antipsikotik.

Terapi terhadap kondisi kelebihan dosis (overdosis) pada dasarnya simptomatik; masalah yang membahayakan kehidupan pasien rujuk ke unit gawat darurat dengan memperhatikan kondisi *A(irways) B(reathing) C(irculation)*

Terapi terhadap gejala putus zat bisa dilakukan secara simptomatik, kalau tidak berhasil dirujuk ke rumah sakit jiwa atau rumah sakit ketergantungan obat.⁷

4. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala psikotik yang berlangsung lebih dari satu bulan bisa didiagnosis **Skizofrenia (F20#)**.^{1,2,3}

Terapi: obat antipsikotik seperti haloperidol 3 dd 5 mg; bila dalam keadaan gaduh gelisah diberikan suntikan haloperidol im 5 mg setiap jam bersama dengan diazepam 10 mg im (di RS Jiwa). Bila psikosis kronik dapat diberikan antipsikosis long acting seperti fluphenasin decanoas (Modecate) 25 mg im setiap 4 minggu atau Haldol decanoas 50 mg im setiap 4 minggu. Untuk gejala negatif dari skizofrenia dapat diberikan obat antipsikotik atipikal seperti risperidon (Risperdal), quetiapine (Seroquel), olanzepin (Zyprexa), aripiprazole (Abilify), zotepine (Lodopin), clozapine (Clozaril). Antipsikosis atipikal juga dapat untuk gejala positif seperti waham, halusinasi, inhoherensi, perilaku kacau.^{1,4,5,6}

5. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala psikotik yang berlangsung kurang dari satu bulan bisa didiagnosis **Gangguan Psikotik Akut (F23)**.^{1,2,3}

Terapi: lihat terapi pada skizofrenia

6. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala manik yang berlangsung lebih dari satu minggu bisa didiagnosis **Gangguan Manik/Mania (Gangguan Bipolar) (F31)**

Terapi: berikan *mood stabilizers* seperti lithium karbonat, karbamazepin, valproat; bila disertai gejala psikotik dapat berikan obat antipsikotik.^{1,4,5,6}

7. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala depresi yang berlangsung lebih dari dua minggu bisa didiagnosis **Gangguan Depresif (F32#)**

Terapi: obat antidepresan, bila berat disertai dengan tentamen suicidum rujuk ke RS Jiwa untuk mendapat terapi kejang listrik.¹⁻⁶

Antidepressant Drugs menurut cara bekerjanya dapat digolongkan dalam:

- *NA & 5-HT re-uptake inhibitors* (imipramine-Tofranil, amitriptyline-Laroxyl)
- *NA-RI* (mianserine-Tolvon, maprotiline-Ludiomil)
- *NA-RI: Dibenzoxazepine* (amoxapin-Asendin)
- *5-HT RI / receptor blockers* (trazodone-Trazone, clomipramine-Anafranil)
- *SSRI: Selective 5-HT RI* (fluoxetine-Prozac, sertraline-Zoloft, paroxetine-Seroxat, fluvoxamine-Luvox, citalopram-Cipram, escitalopram-Cipralext)
- *SNRI:: 5-HT-NA RI* (venlafaxine-Effexor, duloxetine-Cymbalta)
- *RIMA: Reversible inhibition of MAO-A* (moclobemide - Aurorix)
- *NaSSA: NA and Specific Serotonergic Antidepressant* (Mirtazapine - Remeron)
- *SRE : Serotonin re-uptake enhancer* (tianeptine - Stablon)
- *SDRI: Selective DA RI* (bupropion-Wellbutrin)

Keterangan: NA, N (Noradrenergik, Norepinephrine); 5-HT (Serotonin); RI (Reuptake Inhibitor); DA(Dopamin).

8. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala fobik (takut terhadap sesuatu obyek atau situasi tertentu) bisa didiagnosis **Gangguan Fobik (F40)**

Terapi: obat golongan benzodiazepin, antidepresan, SSRI, venlafaxine, dulocetine disertai dengan terapi psikologik(terapi perilaku).¹⁻⁶

9. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala panik (gejala cemas yang memuncak dan berlangsung sesaat saja) bisa didiagnosis **Gangguan Panik (F41.0)**

Terapi: alprazolam 3 dd 0,5 mg atau antidepresan golongan SSRI, atau imipramine, dan terapi psikologik.¹⁻⁶

10. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala anxietas (cemas disertai gejala debar-debar, keringat dingin, tegang) bisa didiagnosis **Gangguan Anxietas (F41.1)**

Terapi: Benzodiazepin seperti chlordiazepoxide, diazepam, clobazam, bromazepam, alprazolam, lorazepam; non-benzodiazepin seperti buspirone, hydroxyzine (Iterax).¹⁻⁶

11. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala obsesif kompulsif (pikiran dan/atau perilaku yang berulang, disertai kecemasan, dan tak bisa dihindarkan) bisa didiagnosis **Gangguan Obsesif Kompulsif (F42)**

Terapi: SSRI, clomipramin (Anafranil), clonazepam; kadang-kadang perlu obat antipsikotik seperti haloperidol.¹⁻⁶

12. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala anxietas atau gejala depresi yang timbul segera setelah suatu kejadian/stresor berat bisa didiagnosis **Reaksi Stres Akut (F43.0)**.¹⁻⁶

Terapi: obat antianxietas dan/atau antidepresan dan terapi psikologik.

13. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala anxietas atau gejala depresi yang timbul dalam kurun waktu 6 bulan setelah suatu kejadian traumatik/stresor berat => **Gangguan Stres Pasca Trauma (F43.1)**.

Terapi: obat antianxietas dan/atau antidepresan dan terapi psikologik.¹⁻⁶

14. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala anxietas atau gejala depresi yang timbul karena perubahan situasi atau lingkungan bisa didiagnosis **Gangguan Penyesuaian dengan gejala anxietas/depresif (F43.2)**.

Terapi: obat antianxietas dan/atau antidepresan dan terapi psikologik.¹⁻⁶

15. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala fisik tanpa kelainan struktural/organ yang dilatarbelakangi oleh gejala anxietas atau depresi bisa didiagnosis **Gangguan Somatoform (F45)**.

Terapi: obat antianxietas dan/atau antidepresan dan terapi psikologik.¹⁻⁶

16. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala fisik dengan penyakit fisik yang dilatarbelakangi oleh gejala anxietas atau depresi dapat didiagnosis **Gangguan Psikosomatik, Gangguan Makan, Gangguan Tidur, Disfungsi Seksual (F50#)**.

Terapi: obat antianxietas dan/atau antidepresan dan terapi psikologik; juga obat untuk gangguan fisiknya.¹⁻⁶

17. Kalau pasien datang dengan keluhan sesuai dengan gejala perilaku yang cenderung menetap dan merupakan pola hidup yang khas dalam hubungan dengan diri sendiri maupun pada orang lain, sehingga mengganggu norma sosial, peraturan, etika, kewajiban bisa didiagnosis **Gangguan kepribadian (F60#)**.

Terapi: gejala perilakunya dengan obat antipsikotik dan terapi perilaku.¹⁻⁶

18. Kalau pasien datang dengan keluhan kecerdasan yang kurang, disertai kemampuan adaptasi yang kurang, sejak sebelum usia 18 tahun => **Retardasi Mental (F70#)**.¹⁻⁶
Terapi: sekolah luar biasa. Bila ada gangguan perilaku diterapi secara simtomatik.
19. Kalau pasien anak datang dengan keluhan gangguan perkembangan khas berbicara, berbahasa, mengeja, membaca, berhitung, motorik bisa didiagnosis **Gangguan Perkembangan Psikologis (F80#)**.
Terapi: Pendidikan khusus (*remedial teaching*).¹⁻⁶
20. Kalau pasien anak datang dengan keluhan adanya gangguan interaksi sosial, komunikasi, dan perilaku yang terbatas dan berulang, sejak sebelum usia 3 tahun bisa diagnosis **Autisme Masa Kanak (F84.0)**.
Terapi: pendidikan keluarga, terapi perilaku, terapi pendidikan khusus untuk bahasa.¹⁻⁶
21. Kalau pasien anak datang dengan keluhan adanya gejala berkurangnya kemampuan memusatkan perhatian, disertai dengan hiperaktivitas bisa didiagnosis **Gangguan Hiperkinetik atau Gangguan Pemusatan Perhatian dengan hiperaktivitas (F90) atau Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD)**
Terapi: Methylphenidate.¹⁻³
22. Kalau pasien anak datang dengan keluhan adanya kenakalan pada anak dan remaja bisa didiagnosis **Gangguan tingkah laku pada anak dan remaja (F91)**
Terapi: pendidikan keluarga dan terapi perilaku.¹⁻³
23. Kalau pasien anak datang dengan keluhan adanya gejala mengompol pada anak diatas 5 tahun, tidak retardasi mental dapat didiagnosis dan tidak ada gangguan pada tratus urinarius bisa didiagnosis **Enuresis Non-organik (F98.0)**.
Terapi: Imipramine 1 dd 25 mg sebelum tidur dan terapi perilaku.¹⁻⁶
24. Kalau pasien datang dengan keluhan kejang/tanpa kejang, sadar/tak sadar, berulang bisa diagnosis **Epilepsi (G40#)**.
Terapi: Antiepileptikum.¹⁻³

Penutup

Semoga makalah ini dapat membantu dokter keluarga dalam melakukan praktik pelayanan kesehatan jiwa yang terpadu dalam parktik umum, sehingga banyak pasien yang dapat pelayanan yang lebih baik.

Daftar Pustaka

1. DEPKES RI: Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Dasar di Puskesmas, 2004
2. WHO : ICD-10, 1992
3. Depkes RI: PPDGJ-III, 1993
4. WHO: Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care, ICD-10 Chapter V, Primary Care Version, 1996
5. WHO: Management of Mental Disorders, 2nd edition, 1997
6. DEPKES RI : Pedoman Penatalaksanaan Penyalahgunaan NAPZA dan Gangguan Jiwa di Sarana Pelayanan Kesehatan Umum, 2003
7. Joewana, S : Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif, edisi 2, EGC, 2004