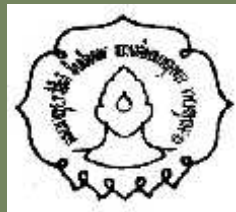


KETERAMPILAN DIAGNOSTIK DAN TERAPEUTIK

PEMERIKSAAN PSIKIATRI

HUBUNGAN DOKTER-PASIEAN DAN TEKNIK WAWANCARA



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET SURAKARTA
2018

LABORATORIUM KETERAMPILAN KLINIS
KETERAMPILAN DIAGNOSTIK DAN TERAPEUTIK
PEMERIKSAAN PSIKIATRI
HUBUNGAN DOKTER-PASIEAN DAN TEKNIK WAWANCARA



Buku Pedoman Keterampilan Klinis
Semester 5

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET SURAKARTA
2018

PENYUSUN

1. Prof. Dr. Mohammad Fanani, dr., SpKJ(K)
2. IGB Indro Nugroho, dr., SpKJ
3. Rohmaningtyas Hidayah Setyaningrum, dr., SpKJ
4. Debree Septiawan, dr., Sp.KJ
5. Dra. Machmuroh, SU

KATA PENGANTAR

Kami mengucapkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, karena dengan bimbingan-Nya pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Buku Keterampilan Diagnostik dan Terapeutik : “Pemeriksaan Psikiatri, Hubungan Dokter-Pasien dan Teknik Wawancara” sebagai Pedoman Keterampilan Klinis bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta Semester 5. Buku Pedoman Keterampilan Klinis ini disusun sebagai salah satu penunjang pelaksanaan Problem Based Learning di FK UNS.

Perubahan paradigma pendidikan kedokteran serta berkembangnya teknologi kedokteran dan meningkatnya kebutuhan masyarakat menyebabkan perlunya dilakukan perubahan dalam kurikulum pendidikan dokter khususnya kedokteran dasar di Indonesia. Seorang dokter umum dituntut untuk tidak hanya menguasai teori kedokteran, tetapi juga dituntut terampil dalam mempraktekkan teori yang diterimanya termasuk dalam melakukan Pemeriksaan Fisik dan Keterampilan Terapeutik yang benar terhadap pasiennya.

Pemeriksaan Psikiatri, Hubungan Dokter-Pasien dan Teknik Wawancara ini dipelajari di semester V Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta. Disusunnya buku ini penulis berharap mahasiswa kedokteran lebih mudah dalam mempelajari dan memahami Dasar Bedah Minor serta dapat keterampilan diagnostik dan terapeutik dengan benar.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini. Penulis menyadari bahwa buku ini masih banyak kekurangannya, sehingga penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun untuk perbaikan dalam penyusunan buku ini.

Terima kasih dan selamat belajar.

Surakarta, Juli 2018
Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	1
Tim Penyusun	2
Kata Pengantar.....	3
Daftar Isi	4
Abstrak	5
Rencana Pembelajaran.....	6
Pemeriksaan Psikiatri, Hubungan Dokter-Pasien dan Teknik Komunikasi.....	8
Daftar Pustaka.....	23

ABSTRAK

Buku ini dilatarbelakangi oleh kepentingan pembelajaran Kedokteran khususnya bidang Psikiatri. Psikiatri adalah cabang ilmu kedokteran yang memandang pendekatan manusia secara komprehensif, yaitu pada aspek biologis, psikologis, dan sosial. Meskipun selalu ditekankan pentingnya pendekatan komprehensif, namun dalam kenyataannya pada praktek kedokteran medik masih menggunakan model klasik, yaitu mengutamakan pendekatan fisik saja, untuk itu diperlukan suatu keterampilan klinik dasar psikiatri bagi mahasiswa kedokteran. Pembelajaran keterampilan pemeriksaan psikiatri ini diberikan kepada mahasiswa kedokteran semester 5 dengan harapan sudah dapat berpikir komprehensif.

Isi topik yang terdapat dalam buku ini meliputi: model hubungan dokter-pasien, teknik wawancara, riwayat psikiatrik, dan pemeriksaan status mental. Perilaku pasien di hadapan dokter sebagian besar merupakan respons terhadap apa yang dikatakan dokter dan bagaimana sikap dokter. Agar mendapatkan data yang valid, hendaknya diciptakan suatu hubungan yang optimal antar dokter dengan pasien. Melakukan wawancara psikiatrik berbeda dengan wawancara medik biasa karena tilikan pasien terhadap gangguannya seringkali tidak ada atau tidak penuh, untuk itu diperlukan teknik wawancara tertentu agar mendapatkan data yang valid. Untuk mendapatkan data status mental diperlukan keseluruhan observasi dan kesan yang dimunculkan oleh pasien saat wawancara.

Metode yang digunakan dalam pembelajaran ini adalah metode skill lab, yang merupakan metode pembelajaran dimana mahasiswa melaksanakan praktek agar memiliki ketrampilan dari teori yang telah dipelajari, sehingga mahasiswa dapat mengaplikasikan pengetahuan dan ketrampilan yang diperolehnya. Mahasiswa diharapkan mampu melihat, mengamati, memahami, membandingkan dan memecahkan suatu masalah saat kegiatan praktek dilaksanakan.

Penilaian pembelajaran ini menggunakan OSCE (Objective Structured Clinical Examination), yang bertujuan menilai kompetensi dan ketrampilan klinis mahasiswa secara objektif dan terstruktur. OSCE merupakan alat untuk menilai komponen kompetensi klinik.



RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET

Identitas Mata Kuliah :
Kode Mata Kuliah :
Nama Mata Kuliah : Pemeriksaan Psikiatri

Identitas dan Validasi Dosen Pengembang RPS : Rohmaningtyas HS, dr., SP.KJ, Mkes

Nama :
Tanda Tangan :

Bobot Mata Kuliah (sks) : 0,8 sks

Semester : V

Mata Kuliah Prasyarat : Ilmu Kesehatan Jiwa

Koord. Kelompok Mata Kuliah :
Kepala Program Studi :

Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)
Kode CPL :
Unsur CPL : Melakukan pemeriksaan status mental

CP Matakuliah (CPMK) :

Bahan Kajian Keilmuan : Ilmu Kesehatan Jiwa

Deskripsi Mata Kuliah : Keterampilan Pemeriksaan Status Mental dilatihkan di Skills Lab untuk menunjang kompetensi mahasiswa dalam pemeriksaan status mental pada pasien. Pada akhir sesi pembelajaran diharapkan mahasiswa dapat kompeten dalam pemeriksaan status mental secara benar, lengkap dan runtut pada pasien. Pembelajaran pemeriksaan status mental dilatihkan pada 3 sesi yaitu sesi terbimbing, responsi dan mandiri. Penilaian kompetensi mahasiswa dalam pemeriksaan status mental dilakukan saat OSCE di akhir semester V.

Daftar Referensi :

1. American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) 5. American Psychiatric Association Publishing.
2. Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. 1993. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III.
3. Elvira, S.D., Hadisukanto, G. (eds). 2010. Buku Ajar Psikiatri. BP FK UI
4. First, M.B., William, J.B., Karg, R.S., Spitzer, R.L. 2016. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorder- Clinical Version (SCID-5-CV). American Psychiatric Association Publishing.
5. Katona, C., Cooper, C., Robertson M. 2012. At a Glance Psikiatri Edisi 4. Penerbit Erlangga.
6. Kolegium Psikiatri Indonesia. 2008. Modul Keterampilan Klinik Dasar Psikiatri. BP FK UI
7. Maramis, W.F., Maramis A.A. 2009. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2. Airlangga University Press
8. Michael, A. (ed). 2004. OSCEs in Psychiatry. Churchill Livingstone.
9. Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. 2014. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioural Sciences/ Clinical Psychiatry 11 Ed. Lippincott Williams & Wilkins, A Wolter Kluwer Company.
10. Sadock, B.J., Sadock, V.A. 2010. *Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry 5th Ed.* Lippincott Williams & Wilkins, A Wolter Kluwer Company.

Tahap	Kemampuan akhir	Materi Pokok	Referensi	Metode Pembelajaran	Pengalaman Belajar	Waktu	Penilaian*	
							Indikator /kode CPL	Teknik penilaian /bobot
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	Melakukan pemeriksaan status mental	<p>Mahasiswa mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mendapatkan dan membina rapport Mendapatkan riwayat gangguan psikiatri Menilai kesan umum pasien. Memeriksa perilaku dan aktivitas psikomotor Memeriksa mood Memeriksa afek Memeriksa pembicaraan Memeriksa gangguan persepsi Memeriksa bentuk pikiran Memeriksa isi pikiran Memeriksa tingkat kesadaran Memeriksa orientasi Memeriksa daya ingat Memeriksa konsentrasi dan perhatian Memeriksa kemampuan visuospasial Memeriksa pikiran abstrak Memeriksa pengendalian impuls Memeriksa pertimbangan dan tilikan Menilai tingkat fungsi global pasien (GAF) Menentukan diagnosis/diagnosis banding 	<ol style="list-style-type: none"> American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) 5. American Psychiatric Association Publishing. Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.1993.Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Elvira, S.D., Hadisukanto, G. (eds). 2010. BukuAjarPsikiatri. BP FK UI First, M.B., William, J.B., Karg, R.S., Spitzer, R.L. 2016.Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorder-Clinical Version (SCID-5-CV).American Psychiatric Association Publishing. Katona, C., Cooper, C., Robertson M. 2012.At a Glance Psikiatri Edisi 4 .PenerbitErlangga. Kolegium Psikiatri Indonesia. 2008. Modul Ketrampilan Klinik Dasar Psikiatri. BP FK UI Maramis, W.F., Maramis A.A. 2009. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2. Airlangga University Press Michael, A. (ed). 2004. OSCEs in Psychiatry. Churchill Livingstone. Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. 2014. Kaplan and Sadock'sSynopsis of Psychiatry: Behavioural Sciences/ Clinical Psychiatry 11Ed. Lippincott Williams & Wilkins, A Wolter Kluwer Company. Sadock, B.J., Sadock, V.A. 2010. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry 5th Ed. Lippincott Williams & Wilkins, AWolter Kluwer Company. 	Kuliah Pengantar Terbimbing Responsi Mandiri	Diskusi dan tanya jawab Simulasi Demonstrasi	4x100 menit		OSCE

KETERAMPILAN PEMERIKSAAN PSIKIATRI HUBUNGAN DOKTER-PASIEAN DAN TEKNIK WAWANCARA

Kemampuan untuk mengembangkan hubungan dokter dan pasien yang efektif memerlukan pemahaman yang benar mengenai kompleksitas perilaku manusia dan pendidikan yang terus-menerus mengenai teknik berbicara dan mendengarkan orang lain. Untuk mendiagnosis, menangani, dan mengobati penyakit yang diderita seseorang, dokter harus belajar mendengarkan.

Model Hubungan Dokter-Pasien

Hubungan dokter dan pasien mempunyai sejumlah model potensial. Dokter harus menyadari mengenai model mana yang berlaku pada seorang pasien dan mampu untuk mengubah model, tergantung pada kebutuhan tertentu dari pasien tertentu dan kebutuhan pengobatan dari situasi klinis tertentu.

Model aktif-pasif (active-passive models)

Di mana pasien sepenuhnya pasif dan tanggung jawab diambil alih oleh dokter. Model ini sesuai jika pasien tidak sadar, terimobilisasi, atau delirium.

Model guru dan siswa (teacher-student model)

Di mana dominasi dokter ditekankan, sedang peran pasien adalah ketergantungan dan penerimaan. Model ini sering terlihat saat pemulihan pasien dari pembedahan.

Model peranserta saling menguntungkan (mutual participation model)

Menyatakan persamaan antara dokter dan pasien, didasarkan pada model saling menguntungkan. Peran serta aktif diperlukan pada pengobatan penyakit kronis tertentu seperti gagal ginjal dan diabetes.

Model persahabatan (friendship model)

Adalah hubungan disfungsional/ tidak etis. Model ini sering melibatkan hubungan yang terus menerus, sehingga menimbulkan pengaburan batas-batas antara profesionalisme dan keintiman.

Teknik Wawancara

1. Mendapatkan Rapport

Mendapatkan rapport merupakan langkah pertama dari wawancara dan pewawancara menggunakan respon empatiknya untuk mempermudah perkembangan rapport. Enam strategi untuk mengembangkan rapport : (1) menempatkan pasien dan pewawancara dalam ketenangan; (2) menemukan keluhan dan mengekspresikan rasa empati; (3) menilai tilikan pasien dan menjadi mitra; (4) menunjukkan keahlian; (5) menegakkan wibawa sebagai dokter dan ahli terapi; (6) menyeimbangkan peran sebagai pendengar yang simpatik, seorang ahli, dan orang yang berwenang.

2. Memulai Wawancara

Dokter harus mengetahui nama pasiennya dan pasien mengetahui nama dokternya. Pasien mempunyai hak untuk mengetahui posisinya dan status profesional orang yang terlibat dalam perawatannya.

Setelah memperkenalkan diri dan melakukan pemeriksaan awal lainnya, ucapan awal yang berguna dan tepat adalah, "Dapatkah anda menceritakan mengenai masalah yang anda hadapi"

3. Wawancara

Wawancara yang ideal dimulai dengan pertanyaan terbuka yang luas, dilanjutkan dengan pertanyaan yang lebih spesifik, dan ditutup dengan pertanyaan langsung yang spesifik.

- a. Refleksi : dokter mengulangi sesuatu yang telah dikatakan pasien (dengan cara suportif).
Misalnya : "Tampaknya anda risau menjadi beban bagi keluarga anda"
- b. Fasilitasi : dokter membantu pasien melanjutkan wawancara dengan memberikan isyarat verbal maupun nonverbal yang mendorong pasien untuk terus berbicara.
- c . Keheningan : dapat memungkinkan pasien untuk merenung, menangis, atau hanya duduk dalam lingkungan yang menerima dan suportif.

- d. Konfrontasi : adalah alat untuk menunjukkan kepada pasien bahwa dokter tidak menganggap pasien tidak memberikan perhatian, atau merupakan suatu cara untuk menyangkal. Misalnya, seorang pasien yang baru saja menunjukkan usaha bunuh diri tetapi mengatakan kepada dokter bahwa hal tersebut tidak serius dapat dihadapkan dengan pernyataan, "Apa yang anda lakukan mungkin tidak membunuh anda, tetapi anda mengatakan kepada saya bahwa anda berada dalam masalah yang serius dan anda membutuhkan pertolongan sehingga anda tidak mencoba bunuh diri lagi".
- e. Kejelasan (clarification) : berusaha untuk mendapatkan perincian dari pasien mengenai apa yang baru saja dikatakan pasiennya. Misalnya, "Anda merasa tertekan. Kapankah anda merasa paling tertekan?"
- f. Interpretasi : paling sering digunakan untuk menyatakan sesuatu mengenai perilaku atau pikiran yang mungkin tidak disadari oleh pasien. Contoh, "Saat anda bercerita bagaimana marahnya anda karena keluarga tidak mendukung, saya berpikir anda juga mengatakan kepada saya betapa cemasnya anda kalau saya tidak membantu anda juga. Bagaimana menurut anda ?"
- g. Penyajian terakhir : secara berkala selama wawancara, dokter mengambil waktu dan secara singkat meringkaskan apa yang telah dikatakan pasien sejauh ini.
- h. Penjelasan : dokter menjelaskan rencana pengobatan kepada pasien dalam bahasa yang mudah untuk dimengerti dan membiarkan pasien berespon dan bertanya.
- i. Transisi : memungkinkan dokter menyampaikan gagasan bahwa telah cukup didapatkan informasi mengenai satu subjek; hal ini mendorong pasien untuk melanjutkan kepada subjek lain.
- j. Pengungkapan diri (self-revelation) : mengungkapkan diri secara terbatas dan berhati-hati oleh dokter mungkin berguna dalam situasi tertentu. Contoh, "Saya telah menikah, tetapi marilah kita berbicara sedikit mengenai mengapa penting bagi anda mengetahui hal tersebut. Jika kita berbicara mengenai hal ini, saya akan mempunyai lebih banyak informasi mengenai siapa anda dan apa permasalahan anda terhadap saya dan keterlibatan saya dalam perawatan anda".

- k. Dorongan positif (positive reinforcement) : memungkinkan pasien merasa nyaman dalam menceritakan segalanya kepada dokter, bahkan mengenai hal-hal tertentu seperti kepatuhan terhadap pengobatan. Misalnya, "Saya menghargai anda bercerita mengenai masalah pengobatan? Semakin banyak yang saya ketahui tentang apa yang terjadi dengan anda, semakin baik saya akan mengobati anda dengan cara yang anda rasakan nyaman".
- l. Menentramkan hati (reassurance) : Menentramkan hati pasien secara jujur dapat menyebabkan meningkatnya kepercayaan dan kepatuhan dan dapat dialami sebagai respon empatik dari dokter. Sebagai contoh, seorang pasien dengan penyakit terminal bertanya : "Apakah saya akan menjadi sehat, dokter ?" Dokter menjawab: "Saya akan melakukan segala sesuatu yang dapat saya lakukan untuk membuat anda merasa senyaman mungkin, dan anda perlu mengetahui sebanyak yang saya ketahui mengenai apa yang terjadi pada anda. Kita berdua tahu bahwa anda menderita penyakit yang serius. Saya ingin mengetahui dengan tepat mengenai apa yang anda pikirkan terjadi pada diri anda dan untuk memperjelas tiap pertanyaan atau kebingungan yang anda rasakan".
- m. Nasehat : agar efektif dan bersifat empatik, nasehat dokter kepada pasien diberikan setelah pasien dibiarkan bicara bebas mengungkapkan masalahnya sehingga dokter mempunyai dasar yang adekuat untuk membuat saran-saran. Memberikan nasehat terlalu cepat dapat menyebabkan pasien merasa dokter tidak sungguh-sungguh mendengarkan. Sebagai contoh: Pasien menyatakan "Saya tidak dapat menggunakan obat-obatan ini, hal ini membosankan saya". Dan dokter menjawab; "Baik, saya pikir anda lebih baik menghentikannya, dan saya akan mulai memberikan anda obat yang baru". (Nasehat yang terlalu cepat diberikan). Jawaban yang lebih tepat adalah : "Saya menyesal mendengarnya. Ceritakan mengapa pengobatan ini membosankan anda, sehingga saya mempunyai gagasan yang lebih baik mengenai apa yang dapat kita lakukan untuk membuat anda merasa lebih nyaman".
4. Mengakhiri wawancara :
- Dalam mengakhiri wawancara, dokter harus :
- Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan membiarkan pasien mengetahui sebanyak mungkin mengenai rencana masa depan

- Mengucapkan terima kasih atas informasi yang diperlukan dan memberitahu bahwa informasi yang disampaikan sangat membantu dalam memperjelas langkah selanjutnya.
- Menjelaskan tiap peresepan obat secara singkat dan jelas
- Membuat perjanjian lain atau memberikan rujukan dan beberapa petunjuk bagaimana pasien dapat mencari pertolongan secepatnya jika diperlukan sebelum waktu perjanjian selanjutnya.

RIWAYAT PSIKIATRIK

Riwayat psikiatrik adalah catatan kehidupan pasien yang diceritakan kepada dokter dalam kata-kata pasien dan sudut pandang pasien sendiri (autoanamnesis). Informasi tentang pasien juga bisa didapatkan dari sumber-sumber lain (alloanamnesis), seperti orang tua atau pasangan hidup pasien. Di samping menggali data yang kongkrit dan aktual tentang kronologi pembentukan gejala dan riwayat psikiatrik dan medis sebelumnya, dokter harus berusaha mendapatkan gambaran riwayat karakteristik kepribadian pasien, termasuk kelebihan dan kekurangan pasien. Teknik yang paling penting dalam mendapatkan riwayat psikiatrik adalah membiarkan pasien menceritakan permasalahannya dengan kata-katanya sendiri untuk membiarkan mereka merasa paling penting.

I. Data Identifikasi

Data identifikasi merupakan sketsa ringkas tentang karakteristik pasien, meliputi nama pasien, usia, status perkawinan, jenis kelamin, pekerjaan, suku, agama, pendidikan, tempat dan situasi saat wawancara dilakukan, episode pertama/lebih gangguan tersebut, pasien datang sendiri, dirujuk atau dibawa orang lain.

II. Keluhan Utama

Keluhan utama (dengan kata-kata pasien sendiri) menyatakan mengapa ia telah datang atau dibawa untuk mendapatkan bantuan. Contoh : "Saya merasa sangat tertekan dan berpikir tentang membunuh diri saya sendiri". "Saya tidak sakit, dialah yang gila". Pasien membisu.

III. Riwayat Gangguan Sekarang

Riwayat gangguan sekarang memberikan gambaran lengkap dan kronologis tentang peristiwa yang menyebabkan kejadian sekarang ini dalam kehidupan pasien. Hal-hal yang harus tertuang dalam riwayat gangguan sekarang : onset episode terakhir, peristiwa pencetus langsung

atau pemicu, perubahan perilaku pasien, perkembangan gejala pasien, peristiwa pencetus dimasa lalu yang merupakan bagian dari rantai yang menyebabkan peristiwa sekarang, pengaruhnya terhadap aktivitas kehidupan, sifat dari disfungsi (misalnya, perincian tentang perubahan faktor-faktor tertentu, seperti kepribadian, ingatan, bicara. Bila terdapat gejala psikofisiologi, harus dijelaskan lokasi, intensitas, dan fluktuasinya. Bila daya nilai realitas pasien terganggu, informasi mengenai riwayat gangguan sekarang diperoleh dari anggota keluarga atau sumber lain (alloanamnesis).

IV. Riwayat Sebelumnya

a. Riwayat Psikiatrik Sebelumnya

Informasi yang harus didapatkan pada bagian ini adalah onset gangguan episode pertama, gejala, beratnya hendaya, jenis pengobatan yang telah diterima, kekambuhan, nama rumah sakit, derajat kepatuhan terhadap pengobatan, yang kesemuanya disampaikan secara kronologis.

b. Riwayat Medik Sebelumnya

Adalah penyakit medis atau bedah yang berat dan trauma berat, khususnya yang memerlukan perawatan di rumah sakit (misalnya, trauma kranioserebral, penyakit neurologis, kejang, HIV/AIDS, gangguan kesadaran), termasuk penyebab, komplikasi, dan pengobatannya. Juga tentang gangguan psikosomatik, seperti hay fever, artritis rematoid, kolitis ulseratif, asma, hipertiroidisme, gangguan gastrointestinal, pilek rekuren, dan gangguan kulit.

c. Riwayat Penggunaan alkohol atau zat lainnya

Informasi yang harus didapatkan adalah jenis zat, jumlah, dan frekuensi pemakaian

V. Riwayat Pribadi

a. Riwayat Pranatal dan Perinatal

Dokter mempertimbangkan sifat situasi rumah, di mana pasien dilahirkan, apakah pasien direncanakan dan diinginkan untuk dilahirkan. Apakah terdapat masalah dengan kehamilan dan persalinan?, apakah terdapat cedera atau cacat saat kelahiran?, bagaimana keadaan emosional dan fisik ibu saat pasien lahir?, apakah ibu menggunakan alkohol atau zat lain selama kehamilan ?

b. Masa anak-anak awal (sampai usia 3 tahun)

Informasi yang harus didapatkan tentang kebiasaan makan (minum ASI atau susu formula, masalah makan), perkembangan awal (berjalan, berbicara, pertumbuhan gigi, perkembangan bahasa, motorik, tanda kebutuhan tidak terpenuhi seperti membanting kepala atau mengguncangkan tubuh, pola tidur, kecemasan pada orang asing, penyimpangan maternal, kecemasan perpisahan, pengasuh lain di rumah) toilet training (usia, sikap orang tua, perilaku tentang hal ini), masalah perilaku (menghisap ibu jari, temperamen pemarah, tiks, menubrukkan kepala, menggoncang, night terrors, mengompol atau defekasi saat tidur, menggigit jari, masturbasi yang berlebihan), kepribadian saat anak (pemalu, tidak dapat diam, overaktif, menarik diri, persisten, senang keluar, takut-takut, atletik, ramah, pola permainan), mimpi atau fantasi awal yang rekuren.

c. Masa Anak-anak Pertengahan (usia 3-11 tahun)

Dokter memusatkan pada subjek penting seperti identifikasi jenis kelamin, hukuman yang digunakan di rumah, siapa yang menegakkan disiplin dan mempengaruhi pembentukan suara hati awal, pengalaman awal sekolah (reaksi pasien terhadap perpisahan dengan ibunya), persahabatan, keakraban dengan teman, peran pasien (sebagai pemimpin atau pengikut), kerjasama dengan teman, perilaku anti social, impulsivitas, agresi, gangguan belajar, perkembangan intelektual, kekejaman terhadap binatang dan masturbasi yang berlebihan juga harus digali.

d. Masa Anak-anak Akhir (pubertas sampai masa remaja)

Informasi yang harus didapatkan adalah tentang hubungan sosial (sikap terhadap saudara kandung dan teman bermain, jumlah dan keakraban dengan teman, tokoh yang diidealkan, kecemasan, perilaku anti sosial, peran dalam aktivitas kelompok), riwayat sekolah (kemajuan pasien, penyesuaian dengan sekolah, hubungan dengan guru, pelajaran atau minat yang disukai, kemampuan atau bakat tertentu, aktivitas ekstrakurikuler, olah raga, kegemaran), perkembangan kognitif dan motorik (membaca dan ketrampilan intelektual dan motorik lain, disfungsi otak minimal, ketidakmampuan belajar dan penatalaksanaannya serta efeknya). Masalah emosional dan fisik (nightmare, fobia, masturbasi, mengompol, membolos, pelanggaran, merokok, pemakaian alkohol atau zat lain, anoreksia, bulimia, perasaan inferioritas, ide dan usaha bunuh diri).

e. Masa Dewasa

1. Riwayat Pekerjaan : menggambarkan pilihan pekerjaan pasien, konflik yang berhubungan dengan pekerjaan, ambisi serta tujuan jangka panjang, juga perasaan pasien tentang pekerjaannya sekarang.
2. Riwayat Perkawinan dan Persahabatan : menggambarkan usia saat perkawinan, permasalahan rumah tangga, kualitas hubungan seksual, serta bagaimana pasien melihat pasangannya. Juga hubungan persahabatan dengan seseorang dengan periode waktu yang lama.
3. Riwayat Ketentaraan : menggambarkan tentang penyesuaian umum pasien terhadap ketentaraan, apakah mereka melihat peperangan atau menderita suatu cedera.
4. Riwayat Pendidikan : gambaran tentang latar belakang pendidikan pasien.
5. Keagamaan : latar belakang keagamaan orang tua, sikap keluarga terhadap aturan agama, konflik tentang pendidikan agama anak, aktivitas keagamaan pasien serta perkumpulan yang diikuti.
6. Aktivitas sosial : menggambarkan kehidupan sosial pasien dan sifat persahabatan.
7. Situasi Hidup Sekarang : menggambarkan dimana pasien tinggal, jumlah anggota keluarga, jumlah kamar, dan susunan tempat tidur. Juga sumber penghasilan keluarga dan kesulitan keuangan.
8. Riwayat Hukum : apakah pasien pernah ditangkap?. Dengan sebab apa?. Riwayat penyerangan atau kekerasan dan lain-lain.

f. Riwayat Psikoseksual

Meliputi keingin-tahuan awal, masturbasi infantile, aktivitas seksual, sumber pengetahuan seksual, sikap pasien terhadap seks, kekerasan seksual, onset pubertas, aktivitas seksual masa remaja seperti masturbasi, mimpi basah dan sikap terhadapnya, sikap terhadap lawan jenis, praktek seksual, masalah seksual, parafilia, pelacuran dan orientasi seksual.

g. Riwayat Keluarga

Pernyataan singkat tentang penyakit psikiatrik, perawatan di rumah sakit, dan pengobatan anggota keluarga dekat pasien. Bagaimana sikap pasien terhadap orang tua dan saudara kandungnya? Bagaimana sikap orang tua dan saudara kandung terhadap pasien?

h. Mimpi, Khayalan, nilai hidup

Mimpi yang berulang mempunyai nilai tertentu. Apa fantasi pasien tentang masa depan? Sistem nilai sosial dan moral pasien, termasuk tentang nilai pekerjaan, uang, bermain, anak-anak, orang tua, teman-teman, seks, permasalahan masyarakat, dan masalah budaya.

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

Pemeriksaan status mental adalah bagian dari pemeriksaan klinis yang menggambarkan tentang keseluruhan pengamatan pemeriksa dan kesan tentang pasien psikiatrik saat wawancara, yang meliputi penampilan, pembicaraan, tindakan, persepsi dan pikiran selama wawancara.

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL	HAL YANG HARUS DIKERJAKAN
<p>I. Deskripsi Umum</p> <p>A. Penampilan (istilah yang biasa digunakan : tampak sehat, sakit, agak sakit, kelihatan tua, kelihatan muda, kusut, seperti anak-anak, kacau dsb.)</p> <p>B. Perilaku dan aktivitas psikomotor (termasuk di sini adalah manerisme, tiks, gerakan stereotipik, hiperaktivitas, agitasi, retardasi, fleksibilitas, rigiditas dll.)</p> <p>C. Sikap terhadap pemeriksa (bekerja sama, bersahabat, menggoda, apatis, bermusuhan, merendahkan, dll.)</p>	<p>Mengamati bentuk tubuh, postur, ketenangan, pakaian, dandanannya, rambut, dan kuku, tanda kecemasan</p> <p>Mengamati dan/atau memeriksa cara berjalan, gerakan dan aktivitas pasien saat wawancara.</p> <p>Mengamati dan merasakan sikap dan jawaban pasien saat wawancara psikiatrik</p>
<p>II. Mood dan Afek</p> <p>A. Mood (adalah emosi yang meresap dan terus-menerus mewarnai persepsi seseorang terhadap dunia. Digambarkan dengan depresi, kecewa, mudah marah, cemas, euforik, meluap-luap, ketakutan dsb.)</p>	<p>Menanyakan tentang suasana perasaan pasien. "Bagaimana perasaan anda akhir-akhir ini ?" (pertanyaan terbuka) "Apakah anda merasa sedih ?" (pertanyaan tertutup)</p>

<p>B. Afek (adalah respon emosional pasien yang tampak, digambarkan sebagai meningkat, normal, menyempit, tumpul dan datar)</p> <p>C. Keserasian (serasi afek atau tidak serasi afek)</p>	<p>Mengamati variasi ekspresi wajah, irama dan nada suara, gerakan tangan, dan pergerakan tubuh.</p> <p>Mengamati keserasian respon emosional (afek) terhadap masalah subjektif yang didiskusikan pasien.</p>
<p>III. Pembicaraan</p> <p>(digambarkan dalam kecepatan produksi bicara, dan kualitasnya, seperti banyak bicara, tertekan, lambat, gagap, disprosodi, spontan, keras, monoton, mutisme, dsb.)</p>	<p>Mengamati selama proses wawancara</p> <p>Logorrhea : bicara yang banyak sekali, bertalian dan logis</p> <p>Flight of idea : pembicaraan dengan kata-kata yang cepat dan terdapat loncatan dari satu ide ke ide yang lain, ide-ide cenderung meloncat/ sulit dihubungkan.</p> <p>Asosiasi longgar : pergeseran gagasan-gagasan dari satu subjek ke subjek lain yang tidak berhubungan, jika berat, pembicaraan menjadi kacau atau membingungkan (inkoheren)</p>
<p>IV. Gangguan Persepsi</p> <p>(halusinasi, ilusi, depersonalisasi, derealisasi)</p>	<p>Menanyakan tentang gangguan persepsi yang pernah atau sedang dirasakan oleh pasien.</p> <p>"Apakah anda pernah mendengar suara atau bunyi lain yang tidak dapat didengar oleh orang lain?"</p> <p>"Apakah anda dapat atau pernah melihat sesuatu yang tampaknya tidak dilihat orang lain?."</p>
<p>V. Pikiran</p> <p>A. Proses atau bentuk pikiran (termasuk disini realistik, nonrealistik, autistik, irasional, dll.)</p> <p>B. Isi pikiran (termasuk waham, preokupasi, obsesi, fobia, dsb.)</p>	<p>Menanyakan sesuatu permasalahan untuk menilai bentuk dan isi pikiran pasien.</p> <p>Waham kejar : "Apakah anda merasa orang-orang memata-matai anda?"</p> <p>Waham cemburu : "Apakah anda takut pasangan anda tidak jujur? bukti apa yang anda miliki?"</p> <p>Waham bersalah : "Apakah anda merasa bahwa anda telah melakukan kesalahan yang berat?" Apakah anda merasa pantas mendapat hukuman?"</p> <p>"Apakah anda merasa pikiran anda disiarkan sehingga orang lain dapat mendengarnya?" (waham siar pikir).</p> <p>"Apakah anda merasa pikiran atau kepala anda telah dimasuki oleh kekuatan atau sumber lain di luar?" (waham sisip pikir)</p>

	<p>"Apakah anda merasa bahwa pikiran anda telah diambil oleh kekuatan atau orang lain?" (waham penarikan pikiran)</p>
<p>VI. Sensorium dan kognitif</p> <p>A. Kewaspadaan dan tingkat kesadaran (sadar, pengaburan, somnolen, stupor, koma, letargi, keadaan fugue/fugue state)</p> <p>B. Orientasi (terhadap waktu, tempat, orang dan situasi)</p> <p>C. Daya ingat (daya ingat jauh/ remote memory, daya ingat masa lalu yang belum lama/ recent past memory, daya ingat yang baru saja/ recent memory serta penyimpanan dan daya ingat segera/ immediate retention and recall memory)</p> <p>D. Konsentrasi dan perhatian</p> <p>E. Kapasitas membaca dan menulis</p> <p>F. Kemampuan visuospasial</p> <p>G. Pikiran abstrak</p> <p>H. Sumber informasi dan kecerdasan (dengan memperhitungkan tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi pasien)</p>	<p>Pengamatan dan pemeriksaan secara objektif (kuantitatif dengan glasgow coma scale)</p> <p>Menanyakan tentang waktu, tempat, orang dan situasi. "Sekarang hari apa? tanggal, siang/malam? jam berapa sekarang? Di mana kita saat ini? kerjanya apa?" "Siapa yang mengantar/ menunggu anda? anda kenal mereka?" "Bagaimana suasana saat ini? ramai?"</p> <p>Menilai daya ingat dengan menanyakan data masa anak-anak, peristiwa penting yang terjadi pada masa muda. Peristiwa beberapa bulan yang lalu, Peristiwa beberapa hari yang lalu, apa yang dilakukan kemarin, apa yang dimakan untuk sarapan, makan siang dsb.</p> <p>Meminta pasien untuk mengulangi enam angka maju kemudian mundur. Mengulang tiga kata, segera dan tiga sampai lima menit kemudian. Pasien diminta mengurangi 7 secara berurutan dari angka 100. Pasien diminta mengeja mundur suatu kata sederhana</p> <p>Pasien diminta membaca dan mengikuti apa yang diperintahkan serta menulis kalimat sederhana tapi lengkap.</p> <p>Pasien diminta mencontoh suatu gambar, seperti jam atau segilima.</p> <p>Menanyakan arti peribahasa sederhana, persamaan dan perbedaan benda.</p> <p>Pasien diminta menghitung uang kembalian setelah dibelanjakan, jarak antar kota.</p>

<p>VII. Pengendalian impuls (Impuls seksual, agresif, atau lainnya)</p>	<p>Menanyakan tentang riwayat pasien sekarang dan mengamati perilaku pasien selama wawancara</p>
<p>VIII. Pertimbangan dan tilikan Derajat tilikan (kesadaran dan pengertian pasien bahwa mereka sakit) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyangkalan penyakit sama sekali 2. Agak menyadari tetapi sekaligus menyangkal 3. Menyadari tetapi melemparkan kesalahan pada orang lain 4. Menyadari bahwa penyakitnya disebabkan oleh sesuatu yang tidak diketahui pada diri pasien 5. Tilikan intelektual : menerima bahwa pasien sakit dan disebabkan oleh perasaan irasional atau gangguan tertentu pada diri pasien sendiri tanpa menerapkan pengetahuan tersebut untuk pengalaman masa depan 6. Tilikan emosional sesungguhnya : kesadaran emosional tentang motif dan perasaan dalam diri pasien dan orang yang penting dalam kehidupannya, yang dapat 	<p>Menanyakan kemampuan pasien dalam aspek pertimbangan sosial, misalnya saat terjadi kebakaran (pertimbangan).</p> <p>Menanyakan kesadaran dan pengertian pasien tentang penyakitnya (tilikan) "Tahukah anda kenapa dibawa / datang ke sini ?" "Apakah anda membutuhkan pengobatan / perawatan ?" "Apakah perawatan anda di Rumah Sakit ini merupakan kesalahan ?"</p>
<p>IX. Reliabilitas</p>	<p>Menilai kebenaran atau kejujuran pasien dalam melaporkan suatu situasi atau masalahnya</p>
<p>X. Global Assessment of Functioning (GAF) Scale</p>	<p>Skala GAF mempunyai range dari 0-100, yang setiap kelompok range tertentu yang menunjukkan gejala atau apa yang terjadi pada individu atau kelompok</p> <p>100 – 91 : Berfungsi secara optimal pada bidang yang luas, masalah hidup dapat diatasi sendiri dengan baik karena kualitas dirinya positif. Tidak ada symptom</p> <p>90 – 81 : (Ada sedikit simptom, mis : sedikit cemas menjelang ujian), berfungsi secara baik dalam semua bidang kehidupan, berminat & terlibat dalam berbagai aktivitas, efektif secara sosial, umumnya merasa puas terhadap hidupnya, masalah tidak lebih dari permasalahan biasa dalam kehidupan sehari-</p>

	<p>hari (misal : adu argumentasi dengan anggota keluarga).</p> <p>80 – 71 : (Bila ada simptom merupakan reaksi yang biasa timbul karena stresor psikososial, misal : sulit konsentrasi setelah adu argumentasi dalam keluarga), ada sedikit gangguan dalam kehidupan sosial, pekerjaan atau sekolah (misal : kadang terlambat mengumpulkan tugas sekolah)</p> <p>70 – 61 : (Beberapa simptom ringan & menetap, misal : sedih dan insomnia ringan) ATAU sedikit kesulitan dalam kehidupan sosial, pekerjaan atau sekolah (misal : kadang berbohong, mencuri di rumah) tetapi fungsi secara umum cukup baik, mempunyai hubungan interpersonal yang cukup berarti.</p> <p>60 – 51 : (Beberapa simptom pada taraf sedang, efek datar dan bicara ngelantur, kadang-kadang serangan panik); ATAU gangguan fungsi pada taraf sedang dalam kehidupan sosial, pekerjaan atau sekolah (misal : tidak punya teman, kehilangan pekerjaan).</p> <p>50 – 41 : (Simptom yang serius, misal keinginan untuk bunuh diri, perilaku obsesif cukup kuat, sering mengutil) ATAU gangguan yang cukup serius pada fungsi kehidupan sosial, pekerjaan, sekolah, misal : tidak punya teman, kehilangan pekerjaan).</p> <p>40 – 31 : (Beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita & komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi; misal : bicara tidak logis, tidak bisa dimengerti/ tidak relevan, menyendiri, menolak keluarga, tidak mampu bekerja)</p> <p>30 – 21 : Disabilitas berat dalam komunikasi & daya nilai, tidak mampu berfungsi hampir semua bidang</p> <p>20 – 11 : Bahaya mencederai diri sendiri/ mengancam dan menyakiti orang lain</p> <p>10 – 1 : secara persisten dan lebih serius membahayakan dirinya dan orang lain (misal tindakan kekerasan berulang-ulang)</p> <p>0 : Inadequate information.</p>
--	---

CEKLIS PENILAIAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN PSIKIATRI
PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

NO.	ASPEK YANG DIPERIKSA	NILAI		
		1	2	3
1	Mendapatkan dan membina rapport			
2	Mendapatkan riwayat gangguan psikiatri			
3	Menilai kesan umum pasien			
4	Memeriksa perilaku dan aktivitas psikomotor			
5	Memeriksa mood			
6	Memeriksa afek			
7	Memeriksa pembicaraan			
8	Memeriksa gangguan persepsi			
9	Memeriksa bentuk pikiran			
10	Memeriksa isi pikiran			
11	Memeriksa tingkat kesadaran			
12	Memeriksa orientasi			
13	Memeriksa daya ingat			
14	Memeriksa konsentrasi dan perhatian			
15	Memeriksa kemampuan visuospasial			
16	Memeriksa pikiran abstrak			
17	Memeriksa pengendalian impuls			
18	Memeriksa pertimbangan dan tilikan			
19	Menilai tingkat fungsi global pasien (GAF)			
20	Menentukan diagnosis/diagnosis banding			
	JUMLAH			

Kriteria Penilaian :

- 0 : Tidak dilakukan sama sekali
- 1 : Dilakukan, tapi tidak sempurna
- 2 : Dilakukan dengan sempurna

Penguji,

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Skor Total}}{40} \times 100\%$$

Nama.....
NIP

DAFTAR MASALAH INDIVIDU DI BAGIAN PSIKIATRI

Pelupa	
Perubahan perilaku (termasuk perilaku agresif)	
Stress	
Depresi	
Cemas	
Susah tidur	
Pemarah	
Ngamuk	

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) 5. American Psychiatric Association Publishing.
- Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. 1993. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III.
- Elvira, S.D., Hadisukanto, G. (eds). 2010. Buku Ajar Psikiatri. BP FK UI
- First, M.B., William, J.B., Karg, R.S., Spitzer, R.L. 2016. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorder- Clinical Version (SCID-5-CV). American Psychiatric Association Publishing.
- Katona, C., Cooper, C., Robertson M. 2012. At a Glance Psikiatri Edisi 4. Penerbit Erlangga.
- Kolegium Psikiatri Indonesia. 2008. Modul Ketrampilan Klinik Dasar Psikiatri. BP FK UI
- Maramis, W.F., Maramis A.A. 2009. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2. Airlangga University Press
- Michael, A. (ed). 2004. OSCEs in Psychiatry. Churchill Livingstone.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. 2014. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioural Sciences/ Clinical Psychiatry 11th Ed. Lippincott Williams & Wilkins, A Wolter Kluwer Company.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. 2010. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry 5th Ed. Lippincott Williams & Wilkins, A Wolter Kluwer Company.