



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1627/MENKES/SK/XI/2010

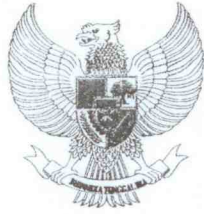
TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN KEGAWATDARURATAN PSIKIATRIK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa seseorang dapat menderita kegawatdaruratan psikiatrik yang mengancam integritas fisik maupun integritas psikis pasien maupun orang lain;
 - b. bahwa pasien dengan kegawatdaruratan psikiatrik wajib diobati dan dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa yang cepat dan bermutu;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelayanan Kegawatdaruratan Psikiatrik;
- 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 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);
 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. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 439/Menkes/Per/VI/2009 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;

MEMUTUSKAN:

- menetapkan :
- KESATU : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PELAYANAN KEGAWATDARURATAN PSIKIATRIK.
- KEDUA : Pedoman Pelayanan Kegawatdaruratan Psikiatri sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA : Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua digunakan sebagai acuan bagi tenaga medis dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan Psikiatrik.
- KEEMPAT : Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Organisasi Profesi terkait melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Keputusan ini sesuai dengan fungsi dan tugasnya masing-masing.
- KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.



Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 12 November 2010

MENTERI KESEHATAN,

Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1627/MENKES/SK/XI/2010
Tanggal : 12 November 2010

PEDOMAN PELAYANAN KEGAWATDARURATAN PSIKIATRIK

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan yang pesat di segala bidang berdampak pada tata kehidupan masyarakat terutama di daerah perkotaan yang memerlukan penyesuaian. Namun tidak semua anggota masyarakat mampu menyesuaikan dengan perubahan tersebut. Akibatnya adalah terjadi berbagai masalah kesehatan jiwa. Perilaku, perasaan dan pikiran yang luar biasa yang jika tidak ditatalaksana dengan baik dapat menimbulkan ancaman bagi pasien tersebut maupun orang lain. Selain karena masalah di atas kegawatdaruratan psikiatri juga dapat disebabkan oleh akibat dari kondisi medik umum yang menampilkan gejala-gejala psikiatrik, atau sebagai akibat yang merugikan dari obat/zat atau intoksikasi maupun reaksi antar beberapa jenis obat. Krisis psikiatrik lain dapat terjadi jika pasien merupakan korban dari trauma fisik atau emosi yang berat. Kegawatdaruratan psikiatrik dapat terjadi di rumah, di jalan, pada ruang rawat inap atau rawat jalan, bangsal psikiatrik, ruang bedah, maupun pada ruang gawat darurat di rumah sakit umum.

Dalam satu dasawarsa kebutuhan pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik di Indonesia meningkat. Berbagai bencana akibat ulah manusia seperti konflik horizontal masyarakat dengan masyarakat, masyarakat dengan negara, maupun berbagai kejadian bencana alam yang diakibatkan oleh manusia seperti tanah longsor, banjir, kecelakaan pesawat, dan lain-lain yang memerlukan pertolongan psikiatrik segera.

Pertolongan psikiatrik yang segera, diharapkan dapat dilakukan di semua tingkat fasilitas pelayanan kesehatan. Undang-Undang praktik kedokteran yang mengatur bahwa pelayanan yang diberikan mengikuti standar pelayanan kedokteran, yang dibedakan menurut jenis dan strata sarana pelayanan kesehatan. Kewajiban dokter dalam melaksanakan praktik kedokteran antara lain memberikan pelayanan medis sesuai standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien di mana pelayanan kesehatan jiwa juga diatur didalamnya. Selain memberikan batasan kompetensi dokter, dokter juga mempunyai kewajiban menjalankan hal yang merupakan kompetensinya. Dalam ilmu kedokteran jiwa hal-hal apa yang merupakan kompetensinya harus dapat dilaksanakan. Untuk itu ia berkewajiban senantiasa menambah ilmu pengetahuannya, termasuk ilmu kedokteran jiwa.

Perkembangan di bidang ilmu kedokteran khususnya kedokteran jiwa, baik ilmu pengetahuannya maupun farmasi, yang membawa perbaikan dalam prognosisnya. Masalah kesehatan jiwa yang cepat mendapat pertolongan membuka harapan untuk pulih yang semakin besar.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan mengatur bahwa penderita gangguan jiwa yang mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain wajib mendapatkan pengobatan dan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk merawat penderita gangguan kesehatan jiwa, digunakan fasilitas pelayanan kesehatan khusus yang memenuhi syarat dan yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas pemerataan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa dengan melibatkan peran serta aktif



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

masyarakat. Tanggung jawab Pemerintah dan Pemerintah Daerah termasuk pembiayaan pengobatan dan perawatan gangguan jiwa untuk masyarakat miskin.

Selain dasar-dasar legal dan formal dapat pula dikemukakan beberapa data tentang kelainan jiwa di Indonesia. Riset Kesehatan Dasar yang dilaksanakan pada tahun 2007 melaporkan angka gangguan jiwa berat (skizofrenia) 4,6 per 1000 penduduk. Sebelumnya angka kelainan jiwa (psikosis) di Indonesia diperkirakan sebesar 1-3 per 1000 penduduk. Gangguan Mental Emosional hasil Risesdas 11,6%. Sebelumnya gangguan jiwa (neurosis) termasuk neurosis cemas, obsesif, histeria, serta gangguan kesehatan jiwa psikosomatik/psikofisiologik sebagai akibat tekanan hidup berkisar antara 20-60 per 1000 penduduk. Demikian pula halnya dengan ketergantungan obat, kenakalan remaja dan penggunaan atau ketergantungan alkohol serta penyimpangan perilaku manusia.

B. Tujuan

Umum:

Meningkatkan mutu pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik di fasilitas pelayanan kesehatan.

Khusus:

1. Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik yang bermutu bagi masyarakat di fasilitas pelayanan kesehatan;
2. Terselenggaranya perencanaan tenaga medis dan perawat yang mampu memberikan pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik di fasilitas pelayanan kesehatan;
3. Terselenggaranya pengadaan sarana dan prasarana yang sesuai dengan kebutuhan di fasilitas pelayanan kesehatan.

C. Sasaran

1. Petugas kesehatan yang bekerja di instalasi gawatdarurat rumah sakit jiwa, rumah sakit umum dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan psikiatri
2. Dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota sebagai pemegang program upaya kesehatan dasar dan kesehatan rujukan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan khususnya kesehatan jiwa
3. Para pemangku kebijakan di provinsi dan kabupaten/kota dalam perencanaan dan pengalokasian dana bagi peningkatan kemampuan petugas dalam menangani kegawatdaruratan psikiatri.

D. Pengertian

1. Psikiatri kegawatdaruratan (*psychiatric emergency*) adalah cabang psikiatri yang mempelajari tindakan segera dalam rangka upaya penyelamatan-nyawa maupun upaya pertolongan segera untuk mencegah terjadinya gangguan berlanjut atau yang bertambah buruk. Tindakan segera untuk menyelamatkan nyawa, seperti pada kasus percobaan bunuh diri, melukai diri, mengganggu lingkungan dan masyarakat sekitarnya, atau hanya mengalami kegelisahan pribadi (*personal distress*). Tingkah laku yang tidak lazim, kacau atau secara sosial tidak dapat diterima atau tidak pantas muncul, yang timbul dengan tiba-tiba dapat pula dimasukkan kategori kegawatdaruratan psikiatrik.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Tingkah laku yang tidak lazim adalah tingkah laku yang diperlihatkan oleh pasien yang sifatnya tidak biasa, aneh dan kadang-kadang tidak dapat diterima oleh sebagian masyarakat yang kita kenal.
3. Kegawatdaruratan psikiatrik adalah suatu keadaan gangguan dan/atau perubahan tingkah laku, alam pikiran atau alam perasaan yang dapat dicegah (*preventable*) atau dapat diatasi (*treatable*) yang membuat pasien sendiri, teman, keluarga, lingkungan, masyarakat atau petugas profesional merasa perlu meminta pertolongan medik psikiatrik segera, cepat dan tepat, karena kondisi itu dapat mengancam integritas fisik pasien, integritas fisik orang lain, integritas psikologik pasien, integritas psikologik keluarga atau lingkungan sosialnya. Keadaan kegawatdaruratan psikiatrik dapat terjadi pada seseorang atau sekelompok orang bersama-sama. Selain itu keadaan ini dapat disebabkan karena keterbatasan kapasitas orang yang bersangkutan dalam usia, inteligensi, penyakit, atau emosi pada saat itu.
4. Pendekatan eklektik-holistik adalah pendekatan yang berdasarkan dua prinsip yaitu—prinsip eklektik dan prinsip holistik—yang tidak terpisahkan, berjalan sejajar, bersamaan (*synchron*), interaktif dan integratif. Prinsip eklektik—bermaksud meninjau manusia penderita secara selektif yaitu dari segi-segi terpilih tertentu; sedangkan prinsip holistik—bertujuan untuk menjunjung tinggi bahwa setiap manusia baik dalam kondisi sehat maupun sakit senantiasa harus dipandang sebagai suatu keseluruhan yang paripurna, dan tidak mungkin ditafsirkan sekedar hanya sebagai hasil jumlah resultante unsur-unsur yang tersendiri.

II. PENYELENGGARAAN PELAYANAN KEGAWATDARURATAN PSIKIATRIK

A. Kelembagaan

Pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik merupakan bagian integral dari pelayanan psikiatrik di rumah sakit jiwa/rumah sakit umum. Pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik rumah sakit jiwa atau rumah sakit umum dikelola dan diorganisasi oleh dokter spesialis kedokteran jiwa atau dokter umum yang mendapat pelatihan di bidang kegawatdaruratan psikiatrik.

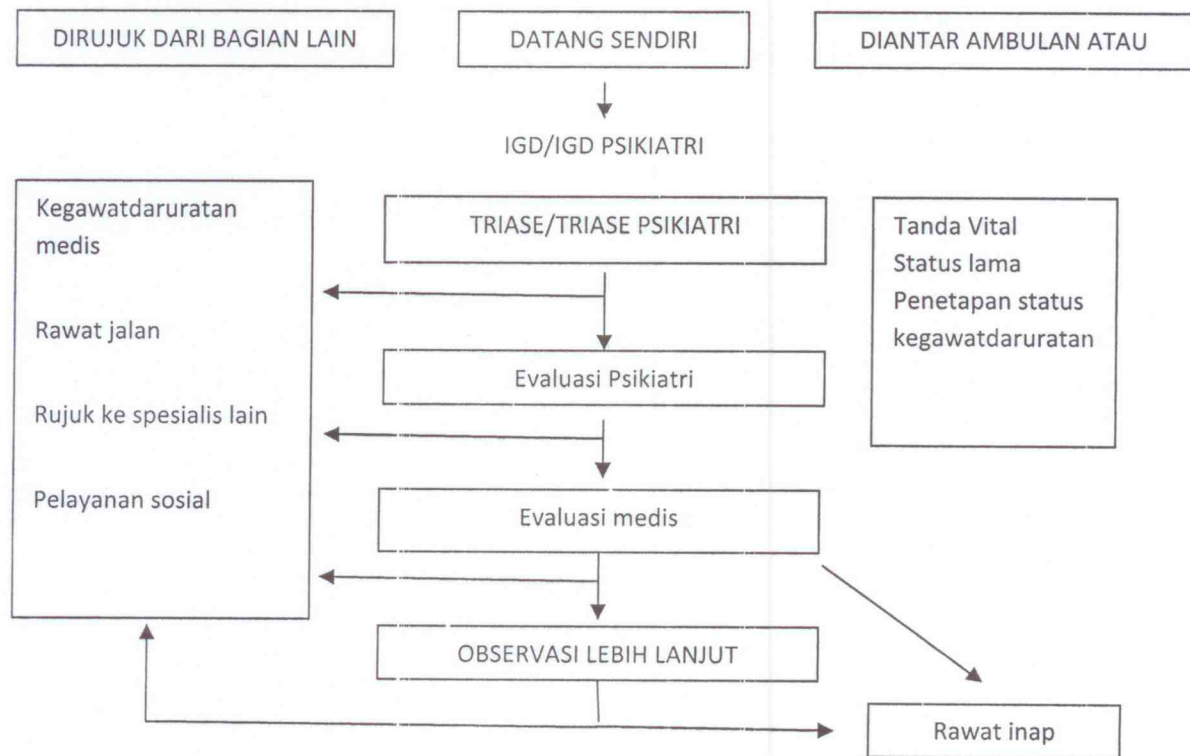
B. Sumber Daya Manusia

1. Pimpinan pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik adalah dokter spesialis kedokteran jiwa atau dokter umum yang telah mendapat pelatihan di bidang kegawatdaruratan psikiatrik.
2. Perawat yang mempunyai pengetahuan tentang dasar perawatan umum, keterampilan dalam observasi kelainan tanda-tanda vital. Berpengalaman merawat pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa atau fasilitas kesehatan jiwa lainnya, dan berminat dalam perawatan kegawatdaruratan.
3. Tenaga administrasi yang telah berpengalaman dalam bidang administrasi rumah sakit terutama dalam pencatatan dan pelaporan pasien yang masuk dan keluar serta dapat menyimpan dan memelihara semua yang menyangkut data pasien.
4. Tenaga pembantu dan keamanan sebelum bekerja di instalasi kegawatdaruratan psikiatrik harus terlebih dahulu diberi penjelasan tentang tata cara bekerja dan hal yang harus mereka perhatikan dan lakukan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

C. Tahap Pelayanan Kegawatdaruratan Psikiatri



Pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik meliputi pengkajian, terapi jangka pendek yang efektif, cepat dan tepat, evaluasi dari berbagai problem psikiatrik yang dihadapi.

Dalam waktu yang relatif singkat, harus dapat dikaji masalah dan kebutuhan pasien, menentukan diagnosis dan mengambil tindakan yang sebaik-baiknya. Untuk itu harus dilakukan pemeriksaan kepada pasien, mulai dari mendapatkan informasi tentang pasien, penilaian ketika kontak langsung dengan pasien, wawancara dan pemeriksaan psikiatrik.

1. Informasi Mengenai Pasien.

Informasi singkat dan diprioritaskan kepada hal-hal yang sangat dibutuhkan.

- Identitas pasien dan keluarga atau orang yang membawanya, bagaimana hubungan dengan pasien, siapa yang bertanggung jawab.
- Alasan dibawa ke rumah sakit dan riwayat singkat keadaan sakit pasien.
- Apakah ada kejadian yang penting; beberapa hari sebelumnya
- Riwayat tindakan pengobatan sebelumnya termasuk reaksi alergi terhadap obat-obatan, baik yang disuntikkan maupun per oral.

Kepada keluarga

- Informasikan keadaan kegawatdaruratan pasien dan tindakan-tindakan yang mungkin diperlukan, agar keluarga mengerti dan bersedia memberikan bantuan sepenuhnya
- Menandatangani surat pernyataan (*informed consent*) bahwa mereka menyetujui semua tindakan medik yang diperlukan untuk mengatasi perilaku pasien dengan kekerasan yang membahayakan diri sendiri dan orang lain.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Kontak pertama dengan pasien.

Tentukan apakah:

- a. Pasien melakukan kekerasan atau berpotensi melakukan kekerasan.
- b. Pasien dengan problem medis yang mengancam jiwanya yang tampilan gejalanya seperti gangguan psikiatrik.

Penilaian kegawatdaruratan psikiatrik

1. Sedang mengancam orang lain atau dilaporkan melakukan tindakan kekerasan.
2. Berteriak-teriak, provokatif atau secara langsung maupun tidak langsung mengganggu pasien lain.
3. Orang yang telah mengenal pasien dan merasa diancam oleh tingkah laku pasien, meskipun pada saat pemeriksaan tidak ada tindakan kekerasan.
4. Menunjukkan perubahan tingkah laku yang mencolok seperti sikap melawan bergantian dengan diam atau berteriak-teriak bergantian dengan mengantuk.
5. Menunjukkan kehilangan pengendalian diri.
6. Tidak menjawab pertanyaan pemeriksa, jalan-jalan dan meninggalkan bagian IGD
7. Terdapat tanda-tanda trauma, sakit akut atau tanda-tanda vital yang abnormal dan disertai dengan tingkah laku *bizzare*.

Jika pasien membutuhkan penanggulangan kegawatdaruratan, pertimbangkan segera:

1. Apakah perlu untuk diamati dengan saksama dan dibatasi gerakannya?
2. Apakah membutuhkan bantuan medik dengan segera ?
3. Apakah memperlihatkan gejala-gejala vital yang abnormal atau penyakit akut yang mengancam jiwanya?
4. Apakah orang yang menemaninya dapat memberikan informasi yang penting?

Ancaman terhadap diri sendiri ataupun lingkungan

Gejala-gejala vital yang abnormal biasanya lebih banyak menunjukkan penyakit medik dari pada psikiatrik seperti:

1. Dosis obat yang berlebih, trauma kepala, hipoglikemi, renjatan (syok) dan banyak lagi penyakit medik yang menyebabkan tingkah laku yang dramatik yang mirip dengan gangguan psikiatrik.
2. Tingkah laku irasional yang disebabkan oleh penyakit medik dapat diartikan sebagai tingkah laku yang tidak kooperatif.

Tidak usah berupaya untuk memberikan pengertian atau berbicara dengan pasien, tetapi lebih diarahkan terhadap masalah mediknya.

Pengkajian awal

1. Pasien dengan gangguan mental organik diberikan obat dalam dosis terapeutik minimal agar gejala penting tidak terselubung.
2. Pasien dengan kondisi medis umum yang mengancam nyawa yang mula-mula tampilan gejalanya seperti gangguan psikiatrik, terlebih dahulu harus diatasi kondisi medis umumnya.

3. Pemeriksaan

a. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan sesegera mungkin untuk menyingkirkan kegawatdaruratan yang terkait fungsi organik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

b. Pemeriksaan psikiatrik

1) Wawancara psikiatrik

Pada hakikatnya wawancara psikiatrik berbeda dengan anamnesis medik yang rutin.

- a) Ajukan pertanyaan yang bersifat terbuka dengan tujuan:
 - (1) Untuk menentukan problem psikiatrik yang mendesak.
 - (2) Untuk menilai pengalaman adaptasi umum pasien terhadap kehidupan.
 - (3) Untuk menentukan pengalaman pasien sebelum ini dengan psikiatri
 - (4) Untuk memulai hubungan terapeutik sehingga pasien dapat menerima terapi atau rekomendasi terapi.
- b) Amati penampilan, aktivitas psikomotor, pembicaraan, alam perasaan, proses pikir dan isi pikir pasien, di samping usaha memperoleh anamnesis.
- c) Tunda keinginan untuk segera memulai penanganan atau mengambil kesimpulan dengan maksud supaya segera memulai menolong pasien berikutnya.

WAWANCARA PSIKIATRIK

Persiapan wawancara

1. Memulai wawancara dengan suasana yang nyaman.
2. Posisi petugas lebih baik duduk.
3. Mintalah anggota keluarga atau teman pasien untuk menunggu di luar, setidaknya-tidaknya pada awal wawancara, bila dianggap perlu keluarga dapat menemani.
4. Jangan tergesa-gesa dan sediakan waktu cukup untuk mengevaluasi psikiatrik. Dibutuhkan lebih banyak waktu untuk wawancara psikiatrik.
5. Pasien dalam keadaan *distress* akan bereaksi terhadap petugas yang terburu-buru dengan tidak mau bicara atau memberikan jawaban yang berbelit-belit, sehingga sebenarnya akan memperpanjang waktu wawancara.
6. Teknik yang berguna dalam wawancara dengan pasien yang diperkirakan sulit ialah dengan melihat jam sebelum mulai dan merencanakan wawancara memberi waktu lima menit kepada pasien. Perkenalkanlah diri kepada pasien dan berikan kesempatan kepada pasien untuk menceritakan problemnya; petugas berdiam diri.
7. Cobalah tidak menginterupsi untuk beberapa menit; amati penampilan pasien, tingkah laku, caranya dia mengatasi situasi dan caranya mempengaruhi perasaan petugas.
8. Dalam waktu lima menit petugas akan mendapatkan gambaran tentang akut dan beratnya problem, serta kemampuan pasien untuk memberikan respon terhadap petugas yang penuh perhatian tersebut. Informasi ini akan menolong petugas untuk menjurus ke suatu diagnosis dan juga berguna untuk menentukan tindakan.

Isi wawancara psikiatrik

Dalam wawancara psikiatrik penting sekali menyusun pertanyaan untuk memperoleh informasi dalam empat hal yang berikut :

1. Apakah masalahnya? Apa yang dirasakan pasien sebagai kesulitan utama? Apakah hal ini sudah pernah terjadi? Bagaimana cara mengatasinya? Apakah berhasil?
2. Mengapa baru sekarang? Bagaimana pasien melakukan kegiatan sehari-hari sebelum problem sekarang timbul? Mengapa pasien dan/atau keluarga baru sekarang datang untuk mencari bantuan? Alasan pemikiran waktu ini dapat memberikan petunjuk tentang problem dasarnya dan bagaimana cara petugas menanganinya.
3. Apa yang dikehendaki pasien? Biasanya pasien mengharapkan untuk dievaluasi, dan diberikan terapi untuk keadaan daruratnya. Kadang-kadang tidak jelas untuk petugas apakah pasien mencari keyakinan dirinya kembali, intervensi dalam problem perkawinannya atau keterangan untuk bekerja kembali.
4. Apa yang dapat disetujui bersama oleh pasien dan petugas?



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Mengakhiri wawancara

1. Simpulkan tentang masalah yang dihadapi.
2. Bila tidak didapatkan problem psikiatri, katakanlah demikian.
3. Rencanakan tindakan selanjutnya dan apa yang diharapkan dilakukan oleh pasien sendiri.
4. Berikan cukup waktu kepada pasien untuk memperoleh ketenangan kembali.
5. Hindarkan kecenderungan untuk cepat-cepat menulis resep hanya untuk mengakhiri kontak.
6. Berikan nomor telepon, alamat rumah sakit jiwa, Bagian Psikiatri dari Rumah Sakit Umum dan fasilitas kesehatan jiwa lainnya, untuk dapat digunakan sesewaktu.
7. Akhirnya tulishlah dalam status pasien kesimpulan dan saran-saran. Catatlah keadaan khusus pasien yang dapat membahayakan dirinya. Di samping itu perlu ditulis nama, alamat dan nomor telepon dari orang lain yang kenal dengan pasien dalam status tersebut.

Pertimbangan lain dalam wawancara psikiatrik

1. Informasi dapat diperoleh dari keluarga, polisi atau kenalan yang mendampingi pasien
2. Bila dokter khawatir akan kernungkinan bunuh diri atau pembunuhan, jangan ragu-ragu untuk melanggar rahasia jabatan. Bila keadaan pasien tidak menyangkut ancaman jiwa, dokter dapat membuka rahasia jabatan dengan petunjuk-petunjuk sebagai berikut :
 - a. Beritahukan pasien bahwa dokter akan bicara dengan keluarganya.
 - b. Usulkan kepada pasien untuk ikut serta dalam wawancara, dengan keluarga atau berbicara melalui telepon dengan anggota keluarga/orang lain. Hal ini amat penting bila pasien seorang remaja atau bersifat paranoid.
 - c. Beritahukan kepada pasien bila dokter mendapatkan ketidaksesuaian antara keterangan pasien dengan apa yang didapatkan dari sumber lain. Dokter tidak perlu kuatir bahwa hal ini akan menghambat hubungan terapeutik.

2) Pemeriksaan status mental

- a) Selama pemeriksaan, evaluasi status mental pasien.
- b) Status mental pasien dinilai dari:
 - (1) Deskripsi umum (penampilan, perilaku dan aktivitas psikomotor, sikap terhadap pemeriksa)
 - (2) Kesadaran
 - (3) Alam perasaan
 - (4) Cara pasien bereaksi terhadap pertanyaan
 - (5) Cara pasien bergaul dengan petugas medik dan dengan keluarga
 - (6) Kemampuannya menanggapi instruksi yang diberikan
- c) Status mental selengkapnya dalam instalasi kegawatdaruratan psikiatrik, maka perlu diobservasi tingkah laku dan penampilan, orientasi, keadaan afektif, isi dan proses berpikir, persepsi, fungsi kognitif yang lebih tinggi

1 Tingkah laku dan penampilan

- a. Petunjuk tentang lama dan beratnya penyakit, cara pasien berinteraksi dengan orang lain dapat diperoleh melalui observasi awal.
- b. Observasi penampilan umum, keadaan kesadaran, pembicaraan dan reaksi pasien terhadap pemeriksa.
- c. Apakah ia mau bekerja sama secara aktif, apakah perhatiannya cukup luas?.
- d. Perhatikan apakah pasien bersikap dan bertingkah laku secara wajar, memberitahukan tentang umur, keadaan sosial ekonomi dan pendidikannya.
- e. Perlu juga diperhatikan keadaan kewaspadaannya dan cara bicarannya apakah lambat atau inkoheren.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- f. Bila pasien datang sendiri ke instalasi kegawatdaruratan psikiatrik, ini menunjukkan kurangnya perhatian dari keluarga atau teman-temannya, ataupun pasien mengisolasi diri dari orang lain di lingkungannya.
 - g. Pasien yang nampak compang-camping mungkin tidak dapat mengurus diri sendiri, tidak mempedulikan penampilan diri atau kebingungan karena trauma yang baru-baru dideritanya.
 - h. Pasien yang suka mengganggu atau banyak menuntut atau tak mau menunggu gilirannya, seringkali dianggap sebagai orang yang tidak kooperatif padahal sebenarnya ia berperilaku demikian justru karena fungsi mental yang terganggu.
- 2 Daya orientasi :
- a. Apakah pasien tahu di mana ia berada dan siapa-kah dia ?
 - b. Apakah ia dapat mengenali hari, bulan dan tahun sekarang ?
 - c. Apakah pasien dapat menceritakan kepada pemeriksa, mengapa ia datang ke instalasi kegawatdaruratan psikiatrik?
 - d. Apakah pasien dapat mengerti bahwa ia berada di Rumah Sakit dan bahwa yang dihadapinya adalah petugas medik?
- 3 Keadaan afektif :
- a. Keadaan afektif perlu digambarkan dalam alam perasaan yang ada sekarang dan apakah pasien depresif, cenderung untuk melakukan bunuh diri. euforik, cemas, atau mudah marah.
 - b. Tanyakan kepada pasien, apakah ia sering merasa seperti yang ia rasakan sekarang, dan apakah ia dapat menjelaskan alam perasaannya sekarang.
 - c. Apa yang dijelaskan oleh pasien mengenai alam perasaannya mungkin tidak cocok dengan keadaan afektif yang diobservasi oleh pemeriksa.
 - d. Perhatikan bagaimana efek pasien terhadap perasaan pemeriksa. Pasien yang depresif seringkali membuat pemeriksa merasa marah dan kecewa. Pasien yang mania umumnya membuat suasana seluruh instalasi kegawatdaruratan psikiatrik menjadi lebih hidup. Pasien skizofrenia yang kronik sama sekali tidak menimbulkan perasaan apa-apa, sedangkan pasien skizofrenia paranoid yang akut dapat menakutkan sekali. Keadaan afektif dapat berubah-ubah selama sehari atau bahkan selama wawancara. Hal ini tidak berarti keadaan labil atau adanya penyakit manik-depresif. Perubahan yang cepat dari alam perasaan selama wawancara, terutama bila hal terjadinya tidak berhubungan dengan materi yang didiskusikan, ini menunjukkan kemungkinan adanya gangguan otak organik (*organic brain disorder*).
- 4 Isi dan proses berpikir
- a. Proses berpikir menggambarkan jalannya pikiran dan cara mengutarakannya.
 - b. Proses berpikir yang wajar dan koheren mengikuti logika berurutan dan konsisten.
 - c. Pewawancara merasa mudah untuk dapat mengikuti jalan cerita pasien, dan bila ia harus menginterupsi pembicaraan untuk mendapatkan penjelasan, maka pasien merasa mudah menangkap kembali jalan pikirannya.
 - d. Proses berpikir yang abnormal meliputi asosiasi pikiran yang longgar, neologisme, penghindaran, pikiran yang melantur, jawaban yang tidak relevan dan jalan pikiran yang meloncat. Isi pikiran menunjukkan informasi yang aktual yang dihubungkan oleh pasien.
 - e. Dalam isi pikiran yang abnormal termasuk : waham, perasaan bahwa dirinya tak berguna, atau rasa bersalah yang persisten dan berlebihan, obsesi dan fobia.
- 5 Persepsi
- a. Dalam gangguan atau distorsi persepsi termasuk perasaan pada pasien bahwa dirinya aneh dan tidak nyata (*feelings of unreality*), halusinasi atau ilusi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- b. Halusinasi adalah persepsi lihat (objek), dengar (suara), cium (bau), kecap dan raba yang sebenarnya tidak ada dalam kenyataan. Ilusi adalah persepsi yang tidak sesuai di mana objek, suara, bau, kecap dan perasaan berlainan dengan kenyataan.
 - c. Biasanya perlu sekali menanyakan kepada pasien secara terperinci tentang halusinasi, karena informasi semacam ini tidak diberikan secara sukarela. Kepada pasien ditanyakan apakah ada yang aneh yang tidak dialami oleh orang lain, seperti mendengar suara dari orang yang telah meninggal atau melihat bayangan.
- 6 Fungsi kognitif yang lebih tinggi
- a. Bila terdapat penyebab yang mendasari tingkah laku, maka perubahan yang paling nyata dalam pemeriksaan status mental adalah fungsi kognitif.
 - b. Tampak sebagai hambatan daya ingat, daya nilai dan kemampuan berpikir abstrak.
 - c. Untuk mengetahui hal ini amatilah daya pengenalan pasien terhadap lingkungannya, kemampuan untuk mengikuti instruksi di instalasi kegawatdaruratan psikiatrik seperti membuka pakaian untuk pemeriksaan atau menahan termometer di bawah ketiak.
 - d. Daya ingat dapat terganggu terhadap kejadian-kejadian yang baru saja, yang akhir-akhir, atau yang telah lama terjadi. Seringkali daya ingat tentang hal-hal yang baru saja terjadi terganggu, sedangkan tentang hal-hal yang telah lama terjadi masih tetap baik dan utuh. Misalnya pasien masih dapat mengingat kembali dengan jelas hal-hal yang sudah terjadi dua puluh tahun yang lampau, tetapi tidak dapat mengingat kembali instruksi yang baru diberikan oleh petugas.
 - e. Konfabulasi dan penyangkalan (*denial*) adalah dua cara yang dipakai pasien untuk mencoba menyembunyikan kekurangan daya ingatnya.
 - f. Ketidakmampuan untuk memakai kata atau angka secara wajar menunjukkan gangguan organik tentang berpikir secara abstrak dan psikosis fungsional (psikosis yang etiologi organiknya tidak dapat ditemukan).
 - g. Anxietas atau depresi juga dapat mengganggu pasien untuk mengerjakan hitungan yang sederhana dan tugas-tugas mengingat kembali.

Pengekangan Fisik

1. Pembatasan tingkah laku pasien dilakukan bila pasien tidak dapat dikendalikan.
2. Pasien yang berada di bawah pengaruh obat atau alkohol, yang merusak diri sendiri, atau yang ambivalen terhadap bantuan psikiatrik, kurang diberi perhatian akan bereaksi dengan berjalan kian kemari tanpa tujuan, bahkan meninggalkan ruangan kegawatdaruratan psikiatrik selama pemeriksaan.
3. Pembatasan gerak fisik dapat dihentikan, dicegah, apabila evaluasi yang memadai telah dibuat dan situasi telah dikuasai.
4. Tingkah laku kekerasan dan menyerang dapat terjadi pada berbagai keadaan gangguan psikiatrik.
5. Petugas harus melindungi dirinya terhadap bahaya yang dapat ditimbulkan oleh pasien.
6. Dokter memeriksa atau mewawancarai pasien selalu didampingi oleh petugas keamanan.
7. Pintu tetap dibiarkan terbuka untuk menghindari perasaan pasien bahwa ia terkurung.
8. Jika tingkah laku pasien cenderung keras dan menyerang, di luar pintu ditempatkan pula seorang petugas keamanan.
9. Hindarkan menyentuh pasien, karena tindakan ini dapat disalah-tafsirkan sebagai ancaman/serangan fisik terhadap dirinya.
10. Jika keadaan memungkinkan, pasien perlu ditolong agar ia berusaha mengontrol diri dengan diberi tahu akibat dari tingkah lakunya.
11. Bantu pasien untuk memahami penyebab tingkah lakunya yang disadari maupun yang tidak disadari.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

12. Jika keadaan tidak memungkinkan, maka pasien harus dikuasai untuk membuat tingkah laku yang amat keras dan menyerang menjadi tidak efektif.
13. Pengekangan fisik (*restrain*) dengan mempergunakan *straight-jackets*, ban fiksir atau dimasukkan dalam kamar isolasi.
14. Kaca mata, pena atau benda lainnya disimpan agar tidak dirampas pasien atau dipergunakan untuk melukai orang lain. Semua barang yang dapat dipergunakan pasien untuk melukai dirinya atau orang lain harus dikeluarkan dari kamar tersebut
15. Jalan dari tempat pasien sampai ke kamar isolasi harus bebas dari orang lain atau pengunjung lainnya.
16. Katakan kepada pasien: "... kami prihatin dengan tingkah laku anda, dan kita sekarang berusaha menolong menguasai tingkah laku anda, sehingga tidak melukai orang lain."
17. Jangan mendekati pasien dari depan, karena dapat ditendang, dicakar atau digigit.

Cara pengekangan

1. Siapkan peralatan seperti : selimut, ban fiksir dan tenaga (diperlukan sekurang-kurangnya 4 orang untuk pasien dengan badan ukuran sedang).
2. Petugas dengan selimut terbuka di tangan.
3. Apabila sudah dekat dengan pasien, maka selimut ditutupkan ke muka dan kepala pasien.
4. Selimut diputar beberapa kali di belakang kepala pasien, sedangkan dua perawat yang datang dari masing-masing sisi menangkap tangan pasien.
5. Adakalanya dalam keadaan demikian pasien sudah dapat dibawa ke kamar isolasi.
6. Kadang-kadang pasien demikian gaduh gelisahnyanya, sehingga perlu dijatuhkan dengan cara dua perawat lain dari samping kiri dan kanan menangkap dan memegang kaki pasien.
7. Dalam keadaan terlentang dengan muka tertutup selimut atau seprai, pasien dibawa ke kamar isolasi atau ke tempat tidur.
8. Kemudian pasien dikekang tangan dan kakinya dengan ban fiksir. Dalam mengekang hendaknya diperhatikan agar kekangan jangan terlalu kencang atau kuat, karena hal ini dapat mengganggu peredaran darah ke tangan dan kaki yang dapat menimbulkan edema atau luka.
9. Pasien yang dikekang harus sering dimonitor, tidak boleh ditinggalkan di kamar sendirian. Sebaiknya diatur agar ada petugas berada dekat pasien.
10. Berikanlah dorongan kepada pasien agar ia mau mengutarakan pikiran dan perasaan tentang kejadian yang dialaminya itu.
11. Telusurilah situasi yang menyebabkan pasien demikian gelisah dan lepas kendali (*out of control*)

PERHATIKAN

1. Periksa pakaian yang dikenakan pasien, singkirkan benda yang membahayakan jika ditemukan (pisau, silet, benda tajam lain, korek api, dsb)
2. Perhatikan makan, minum, tidur, keperluan ke toilet pasien
3. Pakaian pasien basah segera diganti
4. Kontrol denyut nadi, suhu, tekanan darah dan pernafasan
5. Periksa kaki dan tangan pasien apakah ada tanda gangguan peredaran darah atau pembengkakan akibat pengekangan.
6. Pengekangan dapat dibuka setelah hilangnya tanda-tanda kekerasan dan menyerang.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- c. Pemeriksaan penunjang
Darah lengkap, urin lengkap, fungsi hati, fungsi ginjal, Gula Darah Sewaktu, elektrolit, Elektrokardiograf, toraks foto.
- d. Penatalaksanaan
Intervensi pengobatan, biasanya akan mengikuti diagnosis. Akan tetapi kadang-kadang dokter harus memberikan obat sebelum mendapatkan informasi untuk menegakkan diagnosis. Hal ini dapat dibenarkan jika pasien secara fisik harus dikekang karena perilakunya yang berbahaya bagi dirinya sendiri dan orang lain. Pada kebanyakan kasus intervensi kegawatdaruratan meliputi 3 (tiga) kategori yaitu intervensi medik, intervensi krisis, dan pendidikan (edukasi).

III. PELAYANAN KEGAWATDARURATAN PSIKIATRIK

Tindakan Bunuh Diri

Orang yang melakukan tindakan bunuh diri dapat dibagi dalam empat kelompok yaitu :

- a. Orang yang berhasil melakukan bunuh diri.
Bunuh diri merupakan tindakan yang fatal yang dilakukan oleh seseorang terhadap dirinya dengan maksud yang disadari. Kadang-kadang sukar ditentukan apakah bunuh diri itu disebabkan karena kecelakaan atau memang disengaja jika keterangan tidak lengkap.
- b. Orang yang mengancam melakukan bunuh diri.
Kelompok ini membicarakan tentang bunuh diri dan rencana bunuh diri dengan samar, khusus atau betul betul dipikirkan. Penting diingat bahwa hanya orang yang cenderung melakukan bunuh diri yang bicara tentang bunuh diri.
- c. Orang yang telah menjalankan tingkah laku bunuh diri.
Pada keadaan ini tindakan tingkah laku bunuh diri mempunyai arti yang non fatal. Biasanya individu berada dalam keadaan krisis yang akut. Akibat kerusuhan emosional yang memuncak, pasien tidak dapat/sukar menjalankan maksudnya. Kehilangan kontrol dapat mempengaruhi tingkah laku bunuh diri.
- d. Mereka yang menghancurkan diri (*self destruction*) secara kronik.
Yang termaksud dalam kelompok ini adalah peminum alkohol, orang yang menyalahgunakan zat, menolak menaati program medik, misalnya yang menderita diabetes tidak mengikuti diet yang sudah ditentukan, memilih pekerjaan atau aktivitas yang mempunyai risiko bahaya (misalnya balap mobil, mendaki gunung).

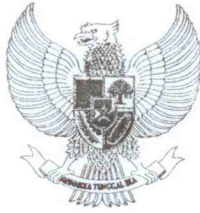
Alasan mengapa seseorang memilih bunuh diri

- 1) Tidak dapat mengendalikan stres maupun krisis.
- 2) Situasi kehidupan yang sangat sulit dan penuh dengan stres.
- 3) Tidak mampu mencari jalan keluar yang lebih baik.
- 4) Adanya halusinasi
- 5) Waham bersalah

Hal yang menyertai

Pada perilaku bunuh diri dapat dijumpai:

- 1) Ansietas dan depresi
- 2) Minum alkohol
- 3) Adanya penyakit kronik
- 4) Harga diri yang rendah
- 5) Kemarahan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tidak ada gejala tunggal pada perilaku bunuh diri. Beberapa keadaan dapat terjadi seperti perasaan sedih, tidak ada harapan, tidak berdaya, harga diri rendah, perasaan bersalah, tidak memperhatikan penampilan diri, gelisah, menarik diri, apatis, isolasi sosial, sukar tidur, pasien psikotik dengan halusinasi, waham dan disorientasi.

Pengkajian

A. Aspek intrapersonal

Tujuan/maksud yaitu motivasi yang disadari atau tidak disadari yang diperlihatkan dari:

1. Tujuan yang disadari termasuk arti dan perilaku bunuh diri.
 - a. Sadar akan akibat bunuh diri baik untuk dirinya maupun orang lain.
Hal ini agak sedikit berbeda pada beberapa individu sesuai dengan umur. Sadar akan akibat bunuh diri terutama benar pada mereka yang berusia 12-13 tahun tetapi sering tidak benar pada mereka yang berumur di atas 60 tahun
 - b. Sadar akan hasil/akibat bunuh diri.
Dalam keadaan tertentu pada beberapa pasien mungkin hanya sedikit kesadaran akan arti nyata dari kematian. Hal ini menggambarkan sedikitnya pengalaman tentang kematian. Hal ini dapat terjadi pada perkembangan perasaan yang kurang baik atau proses pengingkaran (*denial*) dan represi yang sangat kuat.
 - c. Pengetahuan akan cara yang akan dipakai.
Tidak semua individu tahu dengan pasti cara yang dipakai untuk bunuh diri. Mengkaji hal ini penting untuk mencegah niat bunuh diri selanjutnya.
 - d. Cara penyelamatan yang secara sadar disediakan.
Pada pasien tertentu dapat ditemukan bahwa ada perencanaan waktu atau saat, tempat dan rencana kadang-kadang dalam detail untuk menyelamatkan diri secara sadar. Jelas ada perbedaan dalam letalitas perilaku bunuh diri antara orang yang merencanakannya secara mendetail sehingga tidak mungkin diganggu atau diselamatkan lagi, dibandingkan dengan orang yang menjalankan perilaku bunuh diri dan penyelamatannya bersama-sama. Umumnya semakin banyak disediakan perlengkapan untuk penyelamatkannya semakin kurang potensialitas keberhasilan perilaku bunuh diri.
2. Tujuan yang tidak disadari. Mungkin hal ini sukar untuk dinilai.
 - a. Ciri dinamika yang penting dalam bunuh diri.
Bagaimana pun juga psikodinamika yang ada pada pasien sangat penting, karena jika dua atau lebih dorongan untuk bunuh diri menjadi sangat kuat maka dorongan untuk bunuh diri akan meninggi. Dinamika yang penting adalah depresi, ketegangan dan agitasi, rasa permusuhan dan rasa bersalah, kebutuhan dan ketergantungan pada orang lain.
 - b. Macam-macam fantasi dan pikiran.
Motivasi pasien dapat dihasilkan oleh fantasi dan pikiran-pikiran. Jenis fantasi yang cenderung mendorong ke arah perilaku bunuh diri adalah pikiran tentang maut, kegagalan, bunuh diri, hilangnya harga diri, tidak ada harapan penyelamatan, reinkarnasi, nirvana, surga, impotensi, menjadi muda, dsb. Jika beberapa pikiran ini meninggi dan menjadi kuat maka kemungkinan perilaku bunuh diri lebih besar.
 - c. Manipulasi terhadap orang lain yang tidak disadarinya sendiri melalui ancaman perilaku bunuh diri.
 - d. Pola kehidupan individu.
Kegiatan hidup sehari-hari, maupun jenis pekerjaan yang berbahaya seperti menjadi pembalap mobil, pendaki gunung, penyelam atau banyak jenis pekerjaan lain yang berbahaya mungkin menunjukkan kecenderungan untuk bunuh diri.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- e. Cara penyelamatan yang tersedia secara tidak disadari. Kadang-kadang seseorang menyediakan perlengkapan penyelamatan secara tidak disadari. Dia berbuat agar percobaan menghancurkan diri akan gagal, atau mengomunikasikan pikirannya pada orang lain, sehingga orang lain menjadi waspada untuk menolongnya. Umumnya semakin banyak seorang merancang perlengkapan untuk menyelamatkan diri, semakin rendah kemungkinannya untuk melakukan bunuh diri.

Organisasi ego

1. Impulsivitas dan efisiensi pengontrolan diri. Pada umumnya impulsivitas yang meninggi akan mempertinggi kemungkinan bunuh diri. Pada saat tertentu seorang individu mungkin lebih impulsif dibandingkan dengan saat yang lain. Seorang individu dalam pengaruh alkohol biasanya jauh lebih impulsif
 2. Kekakuan dan fleksibilitas.
Dalam proses adaptasi individu yang kaku mengadakan reaksi dengan beberapa cara yang berbeda terhadap situasi di lingkungannya. Jika ini melelahkan atau tidak memuaskan maka pada individu akan terjadi kemunduran dan pada saat inilah mungkin sekali telah jadi percobaan bunuh diri.
 3. Isolasi dengan melawan hubungan dengan orang lain. Pada seorang yang tidak mengembangkan hubungan dengan orang lain, tidak ada orang yang dapat memberikan dorongan dan bantuan kepadanya. Kecenderungannya menutup diri ini merupakan keadaan yang memungkinkannya untuk bunuh diri. Di samping itu biasanya pada orang itu ada perasaan kesepian (*loneliness*), rasa tidak ada harapan dan rasa putus asa yang akan mempermudah kemungkinan bunuh diri.
- B. Aspek interpersonal.

Dinilai dari hubungan individu dengan orang yang ada disekitarnya, sebagai berikut :

1. Aspek komunikasi.
Menganalisis komunikasi individu baik verbal maupun non-verbal sangat penting. Tingkat komunikasi berada antara tidak ada komunikasi berlangsung dengan baik. Biasanya tidak lazim bahwa seorang tidak memberitakan atau memberikan indikasi tentang tujuan dari bunuh diri. Sering hal ini merupakan tanda pembuka rahasia yang tidak langsung diutarakan.
 - a. Apa yang dikomunikasikan?
Isi dari komunikasi dapat berupa banyak usul tentang arti dan dinamik yang mendasari maksudnya itu. Satu saat mungkin komunikasi ini berisi perasaan yang hebat tentang konflik atau perasaan putus asa, pada saat lain ada tingkah laku meminta bantuan sebagai alasan untuk ditolong. Kadang-kadang dalam catatan harian pasien diterangkan tentang petunjuk tindakan dan variasi dari pelayanan yang perlu diberikan.
 - b. Kepada siapa komunikasi dialamatkan?
Umumnya pendengar dibagi dalam dua kelompok yaitu :
 - 1) Kelompok yang memberikan respon terhadap usaha penyelamatan nyawa.
 - 2) Kelompok yang memberi reaksi tidak peduli, masa bodoh atau bahkan bermusuhan. Jika komunikasi diutarakan kepada kelompok pertama maka potensi untuk bunuh diri lebih rendah dibandingkan dengan bila ditujukan pada kelompok kedua.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

c. Tujuan dari komunikasi.

Kadang-kadang tujuan komunikasi sangat tegas kadang-kadang samar-samar. Beberapa tujuan adalah memanipulasi, mengontrol, mengarahkan atau menimbulkan perasaan khusus pada orang lain, sehingga situasi dapat diubah untuk memenuhi kebutuhan pasien. Kadang-kadang bernada mempersalahkan, memalukan, menimbulkan perasaan bersalah pada orang lain, mempersalahkan diri, mempersiapkan orang lain untuk kemungkinan menghancurkan diri, dan jeritan minta pertolongan. Dapat dikatakan bahwa memanipulasi orang lain untuk mencapai perubahan, kurang hubungannya dengan percobaan bunuh diri, tetapi jika tujuan nyata adalah mempersiapkan orang lain menghadapi kematiannya, maka kemungkinan bunuh diri lebih besar.

2. Aspek alam sekitar

Seorang yang hidup dalam lingkungan sosialnya biasanya dapat berhubungan erat dan intim dengan satu kelompok kecil. Hubungan seorang dengan orang penting yang ada dalam lingkungannya mempengaruhi perkembangan motivasi dan kebutuhannya. Untuk menilai potensi menghancurkan diri maka perlu diperhatikan hubungan individu dalam lingkungannya, terutama hubungan dengan orang yang penting bagi individu.

- a. Sikap individu pada orang penting (orang yang berarti) atau alam sekitar. Jika sikap individu dengan orang penting di sekitarnya didasarkan atas komunikasi yang mudah dan tidak kaku, maka bahaya bunuh diri rendah. Jika individu mendapat sokongan dari orang yang berarti bagi dirinya dan kebutuhannya terpenuhi, maka potensi bunuh diri rendah. Tetapi jika komunikasi terbatas dan kebutuhan tidak cukup terpenuhi maka potensinya lebih besar.
- b. Sikap dari orang penting terhadap individu. Jika orang penting menerima dan mau berkomunikasi dengan individu maka potensi bunuh diri akan rendah, tetapi jika mereka marah, menolak dan ingin memutuskan hubungan dengan individu maka potensinya meninggi.
- c. Sikap kultural dan agama terhadap kematian. Banyak kebudayaan mempunyai sikap tertentu terhadap perilaku bunuh diri. Kebudayaan yang menghargai atau mencela orang yang melakukan bunuh diri akan mempengaruhi aktivitas tersebut. Misalnya dalam kebudayaan Jepang kuno seorang individu akan mendapat julukan pahlawan dan merupakan tindakan yang terpuji jika melakukan bunuh diri, sedangkan agama meriganggap bunuh diri sebagai dosa yang paling buruk.

Cara bunuh diri, dari yang paling bahaya sampai yang kurang berbahaya berdasarkan tingkat kefatalan :

1. Senjata api dan bahan ledakan
2. Meloncat dari tempat tinggi
3. Memotong dan merusak organ vital
4. Menggantungkan diri
5. Menceburkan diri dalam air dan tenggelam karena tidak dapat berenang
6. Menelan/menggunakan racun
7. Memotong dan merusak organ yang tidak vital
8. Menceburkan diri dalam air tapi dapat berenang
9. Menggunakan gas beracun
10. Menggunakan substansi analgetik dan hipnotik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

C. Penatalaksanaan

1. Keadaan yang mengancam nyawa.

- a. Periksa tanda vital
- b. Keadaan umum menurun atau syok: segera berikan infus NaCl
- c. Identifikasi cara bunuh diri (racun/obat, bahan peledak, meloncat dari tempat tinggi, memotong organ tubuh, menggantung diri, tenggelam) dan tindakan *life saving*.
- d. Konsultasi ke dokter spesialis yang sesuai dengan cara bunuh diri.
- e. Setelah nyawa pasien tertolong, evaluasi tindakan bunuh diri selama 2 kali 24 jam terutama potensi bunuh diri ulang.
- f. Tempatkan pasien pada ruang perawatan yang aman dan jauhkan dari benda-benda yang dapat dipakai untuk bunuh diri.
- g. Awasi secara terus menerus selama 24 jam. Sebaiknya dilakukan perawatan rasio 1 banding 1.
- h. Ciptakan dan bina rasa percaya pasien pada petugas kesehatan.
- i. Berikan bimbingan, pengawasan, perhatian.

2. Psikofarmaka

a. Antidepresan

Fluoxetine Sediaan Tablet 10 mg, 20 mg	Dosis awal: 20 mg/hari PO dosis tunggal pada pagi hari Lalu dinaikkan per bulan 20 mg hingga mencapai: Dosis maksimal: 80 mg/hari PO dosis tunggal Dosis pada lanjut usia: 5 – 40 mg/hari
Sertraline Sediaan: Tablet 50 mg	Dosis awal: 50 mg/hari PO dosis tunggal pada pagi hari Lalu dinaikkan per bulan 50 mg hingga mencapai: Dosis maksimal: 200 mg/hari PO dosis tunggal Dosis pada lanjut usia: 25 – 150 mg/hari
Fluvoxamine Sediaan: Tablet 50 mg, 100 mg	Dosis awal: 50 mg/hari PO dosis tunggal pada pagi hari Lalu dititrasi hingga mencapai: Dosis maksimal: 300 mg/hari PO dosis tunggal Dosis pada lanjut usia: 25 – 150 mg/hari
Escitalopram Sediaan: Tablet 10 mg	Dosis awal: 10 mg/hari PO dosis tunggal pada pagi hari Lalu dinaikkan hingga mencapai: Dosis maksimal: 30 mg/hari PO dosis tunggal Dosis pada lanjut usia: 5 – 10 mg/hari
Amitriptilin Sediaan: Tablet 10 mg, 25 mg	Dosis awal: 25 mg/hari PO dosis tunggal pada malam hari Lalu dinaikkan per minggu 25 mg hingga mencapai: Dosis optimal: 150 – 300 mg/hari dalam dosis terbagi Dosis pada lanjut usia: 25 – 200 mg/hari dalam dosis terbagi

- b. Gelisah tapi tidak psikotik: Injeksi diazepam 10 mg IM atau IV bisa diulang
- c. Keadaan psikotik: Injeksi klorpromazin 100 mg IM atau lebih; Inj Haloperidol



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Haloperidol Sediaan: Tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 2 mg, 5 mg Tetes 2 mg/ml Ampul 5 mg/ml Ampul depo (Haloperidol decanoas) 50 mg/ml	Dosis awal: 2 – 5 mg PO 2 – 3 kali sehari Dosis maksimal 20 mg per hari Suntikan intra-muskuler: 5 – 10 mg setiap 4-8 atau sesuai respon pasien. Dosis maksimal: 60 mg/hari Pemberian sediaan depo: Dosis awal: 25 – 50 mg per bulan diberikan dengan suntikan IM Maksimal 100 mg per dosis
--	---

3. Konsultasi dan rujukan:

Kematian dapat dicegah dan pasien diizinkan pulang.
Perawatan lanjutan dengan berobat jalan ke bagian poliklinik psikiatrik pada RSJ atau
RSU. Perawatan lanjutan ini penting untuk mencegah perilaku bunuh diri dikemudian
hari.

Pasien tidak tertolong (Kematian)

Laporkan kepada polisi atau instalasi kegawatdaruratan dapat segera memberitahu
keluarga pasien.

Tingkah Laku Kekerasan dan Menyerang (Violence)

Dapat disebabkan gangguan psikotik atau non psikotik

Gangguan psikotik

1. Gangguan psikotik akut
2. Gangguan mental organik
3. Skizofrenia
4. Gangguan bipolar dengan ciri psikotik
5. Gangguan waham
6. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat

Non psikotik

1. Kecemasan: Panik
2. Depresi
3. Gangguan stres pasca trauma (*Post Traumatic Stress Disorder*)
4. Gangguan kepribadian antisosial

Gejala

Pada keadaan tingkah laku kekerasan dan menyerang (*violence*) terdapat gejala-gejala sebagai
berikut:

1. marah-marah
2. mengancam
3. menyerang
4. merusak/membanting barang-barang
5. berpikir irasional
6. tidak kooperatif



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

7. waham
8. halusinasi
9. paranoid

Penatalaksanaan

Jauhkan dari sumber yang dapat memicu kekerasan

Tingkah laku kekerasan dan menyerang (*violence*) dapat terjadi pada berbagai keadaan psikiatrik.

1. Psikotik:

Farmakoterapi

- a. Injeksi Haloperidol 5-10 mg IM (dapat dikombinasi dengan Diazepam 10 mg IM, diberikan pada lokasi yang berbeda)
- b. Injeksi Olanzapin 10 mg
- c. Injeksi klorpromazin 100 mg IM atau lebih
- d. Injeksi Lorazepam
- e. Dapat pula diberikan diazepam 10 - 20 mg secara IM atau IV.

2. Non-psikotik

Injeksi diazepam dapat diberikan, dosis yang tidak terlalu tinggi.

RUJUKAN:

- a. Rawat jalan (poliklinik)
- b. Rawat Inap

Keadaan mania

Gejala :

1. Aktivitas motorik meningkat (hiperaktivitas) seperti bernyanyi-nyanyi, berteriak-teriak, seringkali bicara kotor, mempunyai banyak ide, mempunyai daya perhatian sekedarnya dan terdapat juga loncat pikir (*flight of ideas*).
2. Berbicara demikian cepatnya sehingga kata-kata meloncat atau menjadi satu. Sering mencampuri urusan orang lain dan banyak mengemukakan tuntutan. Gejala lain adalah agresivitas dan tingkah laku ekstrovert.
3. Perhatiannya mudah teralihkan dan sangat peka terhadap rangsangan dari lingkungannya. Toleransi terhadap frustrasi rendah. Lebih banyak berbuat daripada berbicara.
4. Tingkah lakunya lepas kendali dan jauh dari realitas, sehingga dapat bersifat destruktif dan berbahaya. Kegiatan seksual yang sembarangan (disinhibisi perilaku seksual), menghambur-hamburkan uang tanpa mempertimbangkan risikonya.
5. Kebutuhan tidur yang berkurang.
6. Kadang-kadang mempersolek diri dengan bunga, perhiasan atau ornamen yang berlebihan, memakai pakaian yang berwarna menyala dan *make-up* yang berlebihan tidak seperti biasanya.
7. Berusaha mendekor lingkungannya dengan gambar, lukisan, kain berwarna, dan segala sesuatu yang berwarna mencolok dan menarik perhatian.
8. Sering menyapa orang yang tidak dikenal, seakan-akan teman akrabnya. Jika dirintangi, maka ia menjadi mudah tersinggung, dapat bermusuhan dan mengucapkan kata-kata kotor.

Diagnosis banding

Kemungkinan gangguan yang dapat memberikan gambaran yang menyerupai mania adalah :

- 1 Gangguan Bipolar
- 2 Gangguan Skizoafektif
- 3 Kegaduhah karena intoksikasi alkohol



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 4 Kegaduhan katatonik (*catatonic excitement*)
- 5 Delirium
- 6 Hipertiroidisme
- 7 Gangguan Mental Organik lain

Penatalaksanaan

- 1 Sikap harus tegas, instruksi yang diberikan harus jelas dan singkat.
- 2 Pasien perlu dijelaskan tentang batas-batas tingkah lakunya, karena ini merupakan aspek penting dalam perawatan pasien hiperaktif.
- 3 Kontrol eksternal akan memberikan kepada pasien perasaan aman yang lebih besar, mengurangi anxietasnya, dan membuatnya merasa bahwa ia diperhatikan petugas.
- 4 Pasien mania sering berdebat dan bertengkar dan padanya perlu diberikan penjelasan sederhana dari petugas tanpa perlu berdebat.
- 5 Perhatikan kebutuhan fisik pasien seperti makan minum, karena pasien mania terlalu sibuk dan lupa untuk makan, minum tidur, menjalankan fungsi eliminasi dan mengurus diri.
- 6 Berikanlah pujian kepadanya apabila ia melakukan sesuatu yang positif.
- 7 Jika pasien mengalami halusinasi, ilusi, delusi atau *ideas of reference*, jangan langsung disangkal, tetapi perlihatkan kenyataan kepadanya dengan tenang dan halus.

Tuntutan pasien dapat dihadapi dengan beberapa cara :

- a. Menunda tuntutan pasien; Petugas tidak selalu perlu kaku terhadap tuntutan pasien. Jika tuntutan masih wajar dan keadaan memungkinkan, tuntutannya dapat dipenuhi dalam usaha untuk mempertahankan batas-batas yang disebut tadi.
- b. Memenuhi sebagian dari tuntutan : Mungkin tuntutan yang berlebihan (*grandious*) yang diajukan oleh pasien dapat dibatasi sampai pada batas yang wajar.

Komunikasi

Karena pasien banyak berbicara dan sulit berkonsentrasi, maka ia memerlukan keterangan yang sederhana. Pertanyaan pasien hendaknya dijawab dengan ringkas dan sederhana. Hindarilah perdebatan dan pertengkaran. Tertawa bersama pasien kadang-kadang akan menolong untuk berinteraksi dengan pasien. Jangan menertawakan pasien.

Psikofarmaka:

Litium Karbonat Sediaan 250 mg; 400 mg	Tablet 250 mg: 1 – 1,5 g/hari PO dalam dosis terbagi Tablet 400 mg: 800 mg – 1,2 g/hari PO dalam dosis terbagi Dosis pemeliharaan: Dosis bervariasi per individu, tapi biasanya berkisar 900 mg – 1200 mg PO per hari dalam dosis terbagi. Perhatian: pengobatan lithium dengan haloperidol bersamaan dapat menimbulkan interaksi obat yang kurang baik dan kombinasi ini sebaiknya dihindarkan
Karbamazepin Sediaan: Tablet 200 mg	400 mg per oral per hari dalam dosis terbagi Dosis maksimal 1600 mg Oral per hari dalam dosis terbagi
Oxcarbazepine Sediaan: Tablet 300 mg	Dosis awal 600 mg per oral per hari dalam dosis terbagi Dosis Pemeliharaan: 600 – 1.200 mg per oral per hari dalam dosis terbagi Dosis untuk anak-anak > 6 tahun: 8 – 10 mg/kgBB PO per hari dalam dosis terbagi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Asam Valproat, Divalproex Sediaan: Tablet 250 mg Sirup 250mg/ 5ml Tablet Extended Release (ER) 250 mg, 500 mg	15 mg/kgBB PO per hari dapat ditingkatkan tiap minggu 5-10 mg/kgBB PO dalam dosis terbagi Dosis maksimal: 60 mg/kgBB PO per hari dalam dosis terbagi
Lamotrigine Sediaan: Tablet 25 mg	Dosis awal: 25 mg/hari PO dosis tunggal Dinaikkan bertahap tiap minggu 25 mg. Dosis maksimal 200 mg/hari

1. Tablet Haloperidol 0,5-5 mg, Injeksi ampul 5 mg/ml
 - a. Dosis awal : 2 – 5 mg PO 2 – 3 kali sehari. Dosis maksimal 20 mg per hari. Suntikan intra-muskuler: 5 -- 10 mg tiap 4 – 8 jam atau sesuai respon pasien.
 - b. Dosis maksimal : 60 mg/hari
2. Klorpromazin dengan dosis 3 x 100 mg sehari per oral dan/atau per injeksi 100 mg IM.
3. Tablet Risperidon 2-8 mg,
4. Tablet Olanzapin 10-20 mg,
5. Tablet Quetiapin 300-800 mg,
6. Tablet Aripiprazol 10-30 mg
7. Diazepam secara IV juga dapat memberikan hasil yang baik dengan dosis 10-20 mg IM.

Konsultasi dan rujukan

1. Perlu dirawat dalam rumah sakit jiwa atau fasilitas kesehatan jiwa lain. Pasien mania dalam episode akut sukar ditanggulangi di rumah, lagipula mungkin keluarga pasien sudah cukup letih menghadapinya dan mereka sendiri memerlukan istirahat pula.
2. Berobat jalan

Serangan Panik

1. Serangan panik adalah serangan ansietas yang kuat, ekstrem dan akut, yang dapat disertai dengan depersonalisasi dan/atau derealisasi (kebingungan akan diri dan lingkungan). Munculnya mendadak, tidak terbatas pada situasi atau kondisi stresor tertentu.
2. Ansietas adalah perasaan cemas, gelisah, kacau, tidak menentu, kebingungan akan terjadinya sesuatu yang tidak pasti atau tidak ada. Individu yang bersangkutan tidak dapat menjelaskan faktor penyebabnya itu. Ansietas biasanya diuraikan sebagai ungkapan yang samar-samar atau dalam bahasa tubuh yang spesifik (keluhan fisik) misalnya rasa tersumbat di tenggorokan, rasa sakit di dada, tidak dapat berpikir atau berkonsentrasi.
3. Serangan Panik dapat terjadi pada gangguan neurotik maupun psikotik.

Serangan panik

Ini adalah suatu episode ansietas yang sangat akut, timbul karena peningkatan ketegangan emosional yang menetap. Keadaan ini dirasakan sebagai keadaan darurat oleh pasien dan dokter biasanya kurang menganggapnya demikian apalagi bila dokter tiba setelah krisis selesai. Pasien sering kali merasa bahwa ia mengalami serangan jantung, palpitasi, sesak napas, kejang di daerah perut, sakit kepala, pusing rasa akan pingsan atau akan mati. Serangan ini sering kali terjadi di tempat yang ramai atau padat seperti di gedung bioskop, pusat pertokoan atau dalam kendaraan di mana seolah-olah tidak ada jalan keluar. Kadang-kadang serangan ini terjadi di rumah pada saat pasien seorang diri. Oleh karena itu pasien seringkali tidak mau bepergian atau tinggal di rumah sendirian. Serangan ini biasanya didahului oleh riwayat depresi atau ansietas beberapa bulan sebelumnya, yang merupakan akibat meningkatnya tekanan hidup, misalnya kesulitan di tempat bekerja, di rumah dan di sekolah.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gejala

1. merasa ada bahaya yang akan terjadi, merasa khawatir yang tak henti-henti, tidak tenang, gelisah, tidak dapat rileks, merasa tidak bahagia, kebingungan, ketegangan, fobia,
2. kehilangan minat.
3. kesulitan berkonsentrasi,
4. mudah marah,
5. mulut kering, mual, muntah, nafsu makan menurun, rasa tidak enak di perut, diare, konstipasi, rasa penuh di perut
6. merasa tercekik, sering buang air kecil, kepala terasa ringan, rasa tertekan di dada, palpitasi, dispepsi, impotensi, gangguan tidur, mimpi buruk, episode serangan panik.
7. Takut kehilangan kendali, takut menjadi gila dan takut mati.

Tanda-tanda

hiperaktivitas, hiperventilasi, telapak tangan berkeringat, mulut kering, tremor, denyut jantung cepat, tonus otot meninggi, gerakan-gerakan tangan yang menunjukkan kegelisahan pernapasan yang tidak teratur, kedutan (*tics*) atau meringis (*grimace*). Dalam keadaan panik yang memuncak, pasien dapat bertingkah laku keras dan menyerang.

Pengkajian

1. Observasi gejala fisik untuk mendapatkan gambaran yang lebih pasti tentang keadaan pasien.
2. Pemeriksaan EKG, laboratorium, radiologi dan sebagainya.
3. Penggunaan obat-obat narkotik tanpa resep dokter, dan apakah pasien mengalami peristiwa tertentu yang dirasa berat olehnya.

Diagnosis banding

1. Gangguan Ansietas(gangguan panik, fobia, PTSD)
2. Gangguan Psikotik
3. Depresi agitatif
4. Tirotoksikosis
5. Epilepsi psikomotor
6. Infark miokard, prolaps katup mitral
7. Gejala post trauma kapitis
8. Hipertensi esensial,
9. Hipokalsemia.
10. Hiperkalemia,
11. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat, termasuk gejala putus zat dan intoksikasi

Penatalaksanaan

1. Selama serangan panik terjadi, pasien jangan ditinggalkan seorang diri.
2. Berikanlah kesempatan pada pasien untuk mengemukakan isi hati, kecemasan dan ketakutannya. Petugas dapat menenangkan (*reassurance*) dan mendengarkan dengan penuh perhatian dan pengertian
3. Untuk membantu menenangkan pasien dapat diajarkan latihan nafas lambat (relaksasi) atau diberikan obat sedatif.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Psikofarmaka:

1. Diazepam tablet 2 sampai 10 mg.
2. Alprazolam tablet 0,25 sampai 1 mg.
3. Bromazepam tablet 1½ sampai 6 mg.
4. Lorazepam 0,5 mg sampai 2 mg tablet.
5. Injeksi Diazepam 10 sampai 20 mg IM atau IV.

Konsultasi dan rujukan

1. Bila keadaan pasien sudah dapat diatasi, pasien sebaiknya diizinkan pulang dan berobat jalan
2. bila krisis ini tampak tidak dapat diatasi bahkan memuncak, pasien dirawat di fasilitas kesehatan jiwa.

Tindak kekerasan seksual

Gejala

1. Pasien korban tindak kekerasan seksual (pemeriksaan) biasanya dibawa ke instalasi kegawatdaruratan psikiatrik oleh teman atau polisi.
2. Dapat datang dengan gejala-gejala depresi, ketakutan, anxietas atau gejala somatik. Gejala-gejala anxietas dan depresi dapat menjadi kronik sehingga menarik diri dari kegiatan rutin sehari-hari. Mereka menjadi mudah tersinggung, hidup dalam ketakutan bahwa pelaku akan datang kembali melakukan kejahatan yang sama, atau membalas dendam jika mereka melaporkan hal tersebut.

Hal-hal yang perlu diperhatikan pasca trauma :

- 1) Syok, terpaku dan tidak dapat percaya bahwa peristiwa ini telah terjadi, yang dapat berlangsung sesaat atau selama beberapa jam.
- 2) Korban mengalami hendaya fungsi psikososial; di sekolah, di rumah atau di tempat kerja. Keadaan ini dapat berlangsung beberapa minggu sampai beberapa bulan.
- 3) Korban dapat menempuh jalan pintas yang salah seperti bunuh diri, melakukan penganiayaan terhadap orang lain, mengalami fobia, ketergantungan pada zat.

Pengkajian

1. Kaji reaksi keluarga atau orang yang dekat dengan korban tentang keadaan korban.
2. Waspada, karena seringkali mereka cenderung menyalahkan korban, tidak suportif dan mengucilkannya.
3. Jelaskan pada mereka bahwa serangan itu bukanlah kesalahan korban atau tanggung jawabnya, bahwa keadaan itu merupakan pengalaman yang sangat mengerikan dalam keadaan mana ia takut akan dibunuh.
4. Cegah pasien melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri, seperti membalas dendam.
5. Mungkin keluarga atau orang yang terdekat dengan korban merasa bahwa mereka bertanggung jawab karena tidak ada di tempat untuk melindungi korban sehingga mereka merasa bersalah.
6. Biarkan korban mengambil keputusan sendiri apakah akan menuntut di pengadilan atau tidak. Perasaan korban biasanya dikuasai teror.
7. Tekankan pada keluarga bahwa korban membutuhkan kasih sayang, perlu belaian seperti dalam setiap situasi yang sulit, untuk mencegah pasien mengembangkan perasaan tidak bersih, dan tidak berguna.
8. Jelaskan kepada keluarga bahwa khas bagi korban perkosaan, ketakutan korban akan bertambah, begitu juga anxietasnya selama 48 jam berikutnya.
9. Korban mungkin baru mau berbicara tentang pengalaman dan perasaan sewaktu serangan pada hari-hari berikutnya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

10. Keluarga perlu diberi penjelasan bahwa mungkin pasien tidak mau berbicara tentang serangan itu. Dalam keadaan demikian keluarga jangan memaksa korban tetapi usahakanlah agar keluarga tetap memberikan kasih sayang dan sokongan kepada korban.
11. Beritahukan kepada keluarga untuk memikirkan bersama pasien tindakan-tindakan keamanan untuk memupuk perasaan aman, misalnya dengan mengunci pintu dan jendela pada malam hari, tidak menumpang mobil orang yang tidak dikenal. Kajiilah cara orang yang terdekat dengan korban menangani dalam masalah (*coping*) tersebut.
12. Seringkali mereka juga mengalami krisis. Mereka mungkin pula perlu mendapatkan konsultasi psikiatrik. Kajiilah keseimbangan pasien sesudah ia menemui keluarganya..
13. Perlu pula diketahui seberapa dalam rasa bersalah, berdosa dan marah korban. Pada umumnya makin besar rasa berdosa makin kurang perasaan marah dan akan makin kurang pula kemampuan korban untuk berbicara dengan keluarga atau teman-temannya. Hal yang demikian itu mempersulit penyembuhannya
14. Petugas perlu menelusuri apakah keluarga atau teman korban merasa sangat malu tentang peristiwa itu, sehingga mereka menolak untuk mendengarkan keterangan korban.

Diagnosis banding

1. Walaupun diagnosis tidak sukar untuk ditegakkan namun perlu dipikirkan kemungkinan-kemungkinan adanya neurosa traumatik lain (bukan karena perkosaan).
2. Perlu pula dipikirkan apakah pasien menderita jenis psikosis paranoid atau skizofrenia paranoid karena kemungkinan besar terdapat gangguan paranoid atau skizofrenia paranoid.

Penatalaksanaan

1. Tempatkan pasien pada tempat yang nyaman dan aman
2. Jangan lupa untuk mengumpulkan dan menyiapkan data dan bukti untuk pengadilan jika ini diperlukan di kemudian hari.
3. Percayai apa yang diutarakan oleh korban dan menerapkan intervensi krisis sebaik-baiknya.
4. Atasi kegawatdaruratan medik pasien.
5. Tujuan tindakan medik yang diberikan ialah untuk mencegah terjadinya infeksi, penyakit menular seksual, kehamilan, dan mengumpulkan bukti perkosaan dengan merujuk kepada dokter spesialis yang berkompeten.
6. Korban harus diberikan kesempatan untuk berbicara tentang serangan yang dialaminya. Korban juga memerlukan bantuan untuk memberi tahu tentang peristiwa ini kepada keluarga atau teman terdekatnya. Petugas perlu menyediakan waktu bagi keluarga korban (mungkin waktu korban sedang diperiksa) untuk membantu mereka menghadapi perasaan bersalah, malu, marah dan rasa tak berdaya.
7. Jika ada kesempatan untuk menghubungi seorang konselor untuk mengutarakan perasaan mereka maka hal ini akan sangat berguna untuk membantu mereka memberikan bimbingan kepada korban. Saran : "Tidak usah memikirkan tentang hal itu", sebaiknya dihindari karena hanya akan memperburuk keadaan.
8. Intervensi pengobatan dapat saja diberikan pada setiap fase reaksi perkosaan. Kadang-kadang satu-satunya intervensi adalah pemberian penjelasan dengan mengemukakan bahwa reaksi dan perasaan pasien adalah normal, dan penyembuhan dapat terjadi sesudah berminggu-minggu atau berbulan-bulan.
9. Korban atau keluarga mungkin memerlukan bantuan untuk memikirkan dan membicarakan perkosaan itu, sehingga dapat diatasi secara realistis.

Konsultasi dan rujukan

Rawat inap:

1. Pasien perlu diobservasi lebih lanjut jika reaksi korban kelihatan *bizarre*, aneh atau berkelanjutan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Jika korban mengalami keluhan somatik, mengembangkan gejala yang menyulitkan seperti fobia, ketergantungan zat atau alkohol, mengalami depresi beberapa minggu sesudah perkosaan, atau berulang-ulang datang kembali ke instalasi kegawatdaruratan psikiatrik untuk keluhan-keluhannya pada minggu-minggu atau bulan-bulan sesudah serangan perkosaan ini
3. Catatlah semua yang didapatkan dari korban dan keluarganya, karena ini mungkin akan berguna jika kasusnya dilaporkan kepada polisi dan akan diteruskan ke pengadilan.

Gejala Stres Pasca Trauma

1. Pengalaman traumatis adalah pengalaman traumatis yang luar biasa yang dapat mengancam integritas fisik dan psikologis diluar kemampuan individu untuk menanggungnya.

Bencana seperti gempa bumi, kebakaran, huru-hara, kecelakaan dan situasi militer tertentu (perang) merupakan keadaan yang menimbulkan keadaan stres yang istimewa. Bencana menggoncangkan keutuhan organisasi kepribadian, oleh karena selain bahaya juga ada beberapa sifat tambahan,

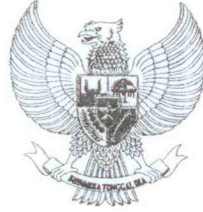
- 1) kejadiannya tidak terduga
- 2) tidak ada kesempatan untuk bertindak efektif
- 3) tidak ada kesempatan untuk menghindar
- 4) tidak ada orang lain yang memberi petunjuk atau bantuan

Dalam keadaan bahaya timbul ketakutan yang meningkatkan kesiapan untuk melarikan diri atau menyerang. Dalam keadaan bencana, kedua hal ini tidak mungkin dilakukan sehingga ketakutan bertambah besar. Jika ketakutan melebihi taraf tertentu maka kesiapan untuk melarikan diri menjadi lari-tanpa-arah mungkin ke arah yang salah. Kesiapan untuk menyerang sumber bahaya dapat tersalur ke perbuatan destruktif pada benda yang ada di sekitarnya. Ketakutan yang luar biasa dapat melumpuhkan atau membekukan semua gerakan dan perbuatan. Pelbagai mekanisme defensif dapat dikerahkan dan tingkah laku menyerupai keadaan psikotik atau neurotik.

Biasanya gejala-gejala cepat mereda bila pasien dikeluarkan dan situasi stres. Akan tetapi jika pasien sudah lama berada dalam situasi itu, mungkin akan ada anxietas residual yang bertahan berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan. Gejala anxietas ini adalah tremor, kegelisahan, reaksi terkejut, insomnia, mimpi yang menakutkan. Kadang-kadang dalam bentuk ketakutan yang lebih spesifik sehingga menyerupai fobia. Gejala sekunder dapat timbul oleh karena rasa bersalah, rasa malu yang berkenaan dengan tingkah laku sewaktu keadaan krisis. Kadang-kadang terjadi pingsan berulang-ulang, disosiasi, fugue atau amnesia bersama perilaku eksplosif dan agresif.

Berat-ringannya dan prognosis gangguan ini tergantung pada :

- 1) ciri kepribadian yang bersangkutan dan nilai/norma yang dianutnya.
- 2) daya tahan tubuh dan keparahan trauma fisik yang diderita.
- 3) sistem pendukung sosial yang dimilikinya (social support system)
- 4) jangka waktu peristiwa traumatik yang dialami
- 5) pengobatan yang diberikan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Gejala

- a. Pada gangguan ini perlu dibedakan gejala pada saat bencana itu terjadi dan gejala sesudah bencana itu berlalu
- b. Pada saat bencana itu terjadi, individu menunjukkan gejala-gejala panik meskipun kadang-kadang ada individu yang dapat mengontrol dirinya.
- c. Dalam keadaan panik individu itu tampak bingung, gelisah, tegang, agitatif, tidak mampu berpikir secara rasional, palpitasi, tekanan darah meninggi, tonus otot meninggi, pernapasan dangkal dan cepat, mual, muntah, hiperperistaltik usus, pusing, sakit kepala dan episode serangan panik.
- d. Gejala ini berkurang bila individu itu dibebaskan dari situasi yang menimbulkan stres dan ada orang lain yang memimpin untuk mengatasi keadaan itu. Sesudah serangan panik atau sesudah bencana itu selesai, individu tersebut seringkali masih menunjukkan gejala-gejala sisa yaitu gejala neurotik.

Pengkajian

Setelah pengkajian umum, pada gejala stres pasca trauma perlu dikaji khusus apakah individu atau orang yang mendampingi ada kejadian traumatik yang baru dialami oleh pasien dan bagaimana keadaan jiwanya sebelum peristiwa itu terjadi.

Diagnosis banding

1. Keadaan panik ,
2. Keadaan ketergantungan zat:
3. Epilepsi lobus temporalis
4. Perdarahan subarakhnoid
5. Gejala pasca cedera kepala berat

Penatalaksanaan

1. Tindakan medik perlu dilakukan secepat mungkin.
2. Pasien sangat gelisah, diberikan pengobatan dengan major tranquillizers.
3. Berikan kesempatan untuk mengungkapkan isi hati, pengalaman dan ketakutannya.
4. Pendamping pasien dapat membimbing untuk mengatasi keadaan yang dialaminya.
5. Bila perlu pasien dapat dirawat untuk beberapa hari
6. Segera setelah tenang, pasien harus dikembalikan kepada situasi tempatnya bekerja atau ke masyarakat karena perawatan pengobatan jangka panjang justru dapat berakibat memperpanjang rasa ketidak berdayaannya .

Konsultasi/rujukan :

1. Klinik rawat jalan,
2. Rawat inap

Keadaan paranoid

Gejala

1. Waham curiga
2. Waham kebesaran
3. Halusinasi pendengaran
4. Gaduh gelisah (*violent*)
5. Bermusuhan (*hostile*)
6. Mudah tersinggung (*irritable*)
7. Merasa selalu diawasi atau dikontrol oleh orang lain.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pengkajian

Penting pengkajian keadaan waham dan halusinasi pasien. Jika didapati waham yang berbahaya, di mana pasien merasa diancam atau dikejar-kejar, pasien harus segera dirawat. Demikian pula jika ada halusinasi, seperti pasien mendengar suara yang menyuruh melakukan hal yang berbahaya, pasien harus dirawat.

Diagnosis banding

1. Episode akut skizofrenia
2. Psikosis amfetamin
3. Paranoid alkoholik

Penatalaksanaan

1. Pasien dengan keadaan paranoid tidak menghayati penyakitnya, berpendirian kaku dan cenderung melibatkan penolongnya atau petugas dalam wahamnya. Petugas harus sadar tentang kemampuan diri dan mempunyai pengetahuan yang luas dan pengalaman yang banyak.
2. Pasien sering tidak mau makan atau minum karena curiga bahwa makanan/minumannya dicampur racun. Petugas dapat menyertakan pasien dalam menyediakan makanan, atau dapat pula mencicipi makanan di depan pasien, dan kalau keadaan mengizinkan makan bersama pasien. Izinkan pasien memilih makanan sesuai dengan selernya. Makanan yang dibungkus terutama dikemas dari pabrik akan mengurangi kecurigaan pasien.
3. Petugas perlu membina komunikasi yang terapeutik. Pasien sukar mengadakan kontak dengan orang lain; sukar mempercayai orang lain; dan semua yang ada di lingkungannya dihubungkan dengan wahamnya. Sukar memperoleh keterangan dari pasien sebelum pasien percaya pada petugas.
4. Membina rasa percaya merupakan langkah pertama yang harus dilakukan petugas. Sebaiknya ditugaskan seorang khusus yang melakukan pendekatan dengan pasien. Jauhkan orang yang dicurigai atau dimusuhi pasien. Demikian pula kurangi hal-hal yang mencurigakan dan menimbulkan kecemasan pada pasien. Ada kalanya pasien menganggap seorang petugas adalah musuhnya yang harus dibunuh untuk menyelamatkan diri. Untuk membina rasa percaya ini petugas harus jujur, tidak boleh berpura-pura, tidak boleh berbohong, setiap janji harus ditepati, jangan tertawa atau berbisik tanpa pasien mengetahui masalah yang ditertawakan atau dibisikkan itu. Jika rasa percaya sudah terbina, hubungan antar pribadi yang baik ini dapat dikembangkan lebih lanjut dan meluas dalam kelompok kecil yang kemudian ditingkatkan menjadi kelompok yang lebih besar. Diharapkan akhirnya dapat tercapai keadaan di mana pasien dapat berhubungan dan berkomunikasi dengan banyak orang tanpa merasa curiga.
5. Adanya waham dan halusinasi menandakan realitas pasien yang terganggu. Sebaiknya waham dan halusinasi pasien jangan ditantang atau dibantah secara langsung. Petugas harus berusaha agar secara bertahap pasien dibawa ke dunia realitas. Lebih baik mengatakan kepada pasien : "Saya tidak berpikir, melihat atau mendengar hal itu, atau "Apa yang sedang terjadi pada anda?. Bantulah pasien mengarahkan perhatian pada segala sesuatu yang ada di sekitar. Bina hubungan pasien dengan orang lain serta sesuaikan dia dengan kebiasaan yang ada di lingkungan. Beritahulah di mana ia berada dan identitas petugas. Bila pasien gaduh gelisah, lakukan penanganan sesuai dengan pedoman penanganan keadaan gaduh gelisah.
6. Menciptakan lingkungan terapeutik. Suasana ruangan harus tenang dan jangan terdapat banyak stimulus. Setiap petugas harus tampil sebagai sahabat, dan menerima keadaan pasien secara utuh.
7. Pasien dengan keadaan paranoid bersifat defensif terhadap lingkungan sehingga pada kontak awal dengan petugas atau dokter sering tidak kooperatif. Tetapi dengan sikap empati pasien dapat diajak berunding, sehingga pasien mau diobati dan dirawat di RSJ.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Psikofarmaka

Haloperidol per IV dosis yang cukup tinggi dapat membuat pasien menjadi lebih kooperatif, tanpa membuatnya tidur.

Rujukan dan konsultasi :

1. Pasien perlu dirawat di rumah sakit.
2. Berobat jalan.

Stupor

Gejala

Secara umum gejala stupor terdiri dari :

1. Respons terhadap rangsangan menurun, walaupun pasien masih dapat membuka matanya dan melihat ke arah pemeriksa, serta tidak tampak seperti dalam keadaan tidak sadar.
2. Respons terhadap perintah verbal, mungkin ada atau menjadi lambat dan tidak adekuat.
3. Tidak ada perubahan refleks tendon dan refleks plantar.
4. Sering juga terdapat gerakan gemetar, hentakan kasar pada otot, kegelisahan atau aktivitas motorik yang stereotip. Refleks memegang dan refleks menghisap tampak pula.
5. Pada stupor karena alkohol, selain gejala di atas biasanya terdapat delirium, bau minuman beralkohol, dilatasi pupil mata, muntah dan kadang-kadang pasien masih dapat dibangunkan.

Pengkajian

1. Intoksikasi

Intoksikasi ialah gangguan mental organik karena zat yang menimbulkan tingkah laku maladaptif sebagai akibat pengaruh zat tersebut terhadap sistem saraf pusat. Perubahan psikiatrik yang paling sering dijumpai adalah gangguan pada persepsi kesadaran, perhatian/konsentrasi, kemampuan berpikir, kemampuan daya nilai, kontrol emosional, dan tingkah laku psikomotor. Gambaran klinis yang lebih spesifik tergantung pada jenis zat.

2. Penyalahgunaan zat (*drug abuse*)

Penyalahgunaan zat ialah penggunaan zat berulang-ulang yang biasanya dilakukan sendiri secara menyimpang dari ketentuan medik dan dapat membahayakan diri sendiri maupun masyarakat. Penyalahgunaan zat akan menimbulkan keadaan darurat, di mana individu mengalami adiksi yaitu ketergantungan psikologik dan fisik terhadap zat tertentu dan kecenderungan untuk meningkatkan dosis zat. Bila zat dihentikan akan tampak gejala putus zat yang ditandai oleh rinore, berkeringat, menggigil, dilatasi pupil, insomnia, gelisah, nyeri pada otot dan persendian, lakrimasi serta suhu yang meninggi.

Heroin

Pasien dengan penyalahgunaan heroin, ditandai oleh wajah pucat dan sianosis, pupil mata arefleksi. Pasien mungkin tidak bernafas sama sekali atau hanya 3-4 kali pernafasan dangkal per menit.

Hipnotik-sedatif

Gejala putus zat hipnotik-sedatif terlihat setelah 8 jam minum zat tersebut. Tandanya adalah anxietas meninggi, bingung dan ataksia. Kadang-kadang terlihat tremor, sakit kepala, mual dan muntah. Kejang, termasuk status epileptikus mungkin terjadi setelah 12 jam pertama putus zat. Lebih lanjut terjadi halusinasi, panik dan disorientasi serta nistagmus.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Anti kolinergik

Dosis berlebihan dan kepekaan terhadap zat anti kolinergik akan terlihat reaksi psikotik akut, dilatasi pupil, kulit kering kemerah-merahan dan retensi urin. Zat halusinogen dapat menimbulkan dilatasi pupil yang bereaksi terhadap sinar/cahaya, tekanan darah meninggi, refleks hiperaktif, suhu tinggi, takikardia, berkeringat dan nistagmus. Reaksi psikotik dihubungkan dengan gangguan persepsi dan halusinasi. Panik dapat terjadi dan pasien secara impulsif melarikan diri dan bunuh diri.

Amfetamin dan kokain

Penyalahgunaan amfetamin dan kokain ditandai oleh dilatasi pupil, tekanan darah meninggi, suhu meninggi, mulut kering, takikardia, dan disritmia jantung, serta refleks tendon hiperaktif. Pasien sering paranoid, ada halusinasi taktil, mudah tersinggung dan bertingkah laku sangat agresif. Masalah kesehatan fisik penyalahgunaan zat karena mengabaikan kebutuhan gizi, antara lain malnutrisi, defisiensi vitamin, kerusakan gigi, infeksi pernapasan. Akibat injeksi yang tidak steril dapat terjadi abses kulit, selulitis, hepatitis dan endokarditis bakterial. Efek samping dari zat itu sendiri dapat menyebabkan konstipasi, amenorhea, impotensi, toleransi, konvulsi (karena kokain dan selama putus zat barbiturat).

Alkohol

Ketergantungan alkohol biasanya sampai pada batas yang mengancam dan membahayakan kesehatan fisik dan jiwa individu.

Intoksikasi alkohol dapat dibagi atas empat tingkat :

- a. Tingkat I - pasien dalam keadaan bangun, tetapi secara ilmiah dalam keadaan mabuk, kacau, ataksia, aktivitas mental lamban, sama sekali tidak kooperatif.
- b. Tingkat II - semikoma : pasien dalam keadaan tidur yang dalam tetapi berespons terhadap rangsang nyeri, umumnya refleks baik.
- c. Tingkat III - koma : tidak ada respons terhadap rangsang nyeri tetapi beberapa refleks masih ada.
- d. Tingkat IV - koma : tidak ada respons terhadap rangsangan nyeri. tidak ada refleks, tetapi biasanya tidak terdapat gangguan sirkulasi dan pernapasan

Keparahan sindrom-putus zat: tergantung pada seberapa kronik dan parahnya, keadaan intoksikasi alkohol.

3. Delirium

Delirium ialah suatu gangguan mental organik yang akut dan reversibel, ditandai oleh kebingungan dan penurunan kesadaran. Delirium biasanya dihubungkan dengan tingkah laku yang mengancam, tak-rasional, impulsif disertai dengan halusinasi dan/atau ilusi serta keadaan emosi yang labil. Ada empat fase delirium:

Fase pertama - pasien gelisah, banyak bicara, kesukaan untuk mengingat apa yang dipikirkan dan dikatakan, rasa curiga ringan, lebih sensitif terhadap rangsangan, menunjukkan alam perasaan mulai dari elasi hingga mudah tersinggung.

Fase kedua - pasien menjadi inkoheren, kemampuan konsentrasi semakin menurun, disorientasi waktu, tempat dan perorangan meningkat, sehingga terjadi salah interpretasi terhadap lingkungan lebih nyata. Aktivitas meningkat, tetapi masih tampak bertujuan dan emosi labil.

Fase ketiga - pasien menjadi hiperaktif tanpa tujuan yang jelas, disorganisasi dalam berbicara, disorientasi, disamnesia dan mudah terganggu, terdapat halusinasi dan delusi.

Fase keempat - pasien mengalami stupor dan tidak ada kontak dengan lingkungan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

4. Krisis hipertensi

Krisis hipertensi ditandai oleh sakit kepala berat pada bagian oksipital, palpitasi, kaku kuduk, dan sakit, mual, muntah, berkeringat, silau, nyeri pada dada, dan dilatasi pupil. Krisis hipertensi dapat terjadi pada pasien depresi yang diobati dengan monoamine oxidase inhibitors (MAOI) yang dimakan bersama dengan makanan mengandung tiramine tinggi (keju, ikan asam/acar atau ikan bakar, makanan yang berbumbu, anggur dan alkohol pada umumnya, hati ayam, kopi pekat, coklat) atau jika ia minum obat simpatomimetik, terutama melalui injeksi.

5. Gaduh setelah ECT (*postictal excitement*)

Keadaan ini merupakan reaksi yang sewaktu-waktu terlihat setelah pengobatan elektrokonvulsif. Beberapa pasien terutama laki-laki terbangun dengan keadaan gelisah, sangat ganas dan berbahaya, serta mencoba untuk melarikan diri. Mereka menyerang siapa saja yang berusaha mengendalikan mereka.

Penatalaksanaan

Tujuan utama melakukan tindakan adalah untuk mengatasi stupor.

1. Baringkan pasien di tempat yang tenang. Lebih baik apabila ada orang lain yang turut mendampingi pasien untuk mencegah kemungkinan yang dapat mencelakakan pasien. Bila pasien sangat gelisah, dapat dikekang.
2. Periksa keadaan umum dan tanda-tanda vital pasien: pernapasan, tekanan darah, nadi, suhu dan tingkat kesadaran serta tingkah laku pasien.
3. Ambil darah melalui vena untuk pemeriksaan.
4. Keluarga dan teman pasien agar selalu berada di dekat pasien, sehingga dapat memberikan informasi dan pertolongan lain yang diperlukan.
5. Untuk zat yang masuk melalui saluran cerna, pasien dapat diminta untuk memuntahkannya atau lavase lambung.
6. Pasien dengan intoksikasi alkohol ditentukan tingkat intoksikasinya dengan menyesuaikan hasil observasi dengan kriteria tingkat intoksikasi alkohol. Observasi dilakukan tidak saja pada tanda-tanda vital, tetapi juga tingkat kesadaran dan kemungkinan adanya fraktur.
7. Tempatkan pasien dengan *heatstroke* di tempat yang sejuk/dingin, kompres es untuk menurunkan suhu tubuh. Air garam (saline) diberikan melalui mulut jika pasien dapat menelan atau melalui I.V.

Farmakoterapi

1. Pasien apnoe pada pasien yang menggunakan heroin, berikan nalokson hidroklorida (Narcan) 0,4 mg dalam dosis 1 ml
Bila tidak ada perbaikan pernapasan, dapat diulang setiap 3 menit atau lebih dengan dosis 0,4 mg, 0,8 mg dan 0,16 mg. Setelah 2 atau 3 kali pemberian nalokson, pasien tidak menunjukkan perbaikan kemungkinan adanya proses penyakit lain atau zat sedative non narkotik.
2. Pada pasien dengan methadone, berikan 2,0 mg nalokson dalam infus 500 cc NaCl per 24 jam dan suntikkan sebanyak 0.4 mg tiap 30 menit.
3. Pasien dengan edema paru-paru harus diletakkan dalam posisi duduk dan diberi obat diuretika. Apabila gangguan pernapasan mendesak dapat dikonsultasikan untuk tracheotomi.
4. Dilantin biasanya diberikan pada intoksikasi alkoholik untuk mencegah kejang yang mungkin terjadi pada masa putus obat. Antibiotika yang tepat diberikan untuk infeksi paru-paru dan sistem perkemihan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

5. Jika pasien sudah mulai membaik kesadarannya dan teratasi keadaan stupor, jelaskan orientasi tempat/lingkungan, waktu, orang serta pertolongan yang diberikan padanya dan lama pasien berada di tempat pertolongan tersebut.

Konsultasi/rujukan

1. Rujuk ke bagian lain sesuai kasus
2. Pulang berobat jalan

Insomnia

Gejala

1. Tidak dapat atau sukar dapat tidur.
2. Disertai ketegangan otot, kegelisahan, gemetar, keringat yang berlebihan, midriasis, takikardi, mulut kering, kelelahan yang terus menerus.

Pengkajian

Perlu diperiksa apakah insomnia merupakan *simple insomnia*, kesukaran tidur yang biasa, atau ada penyakit psikis maupun fisik yang mendasarinya. Kesukaran tidur terjadi pada awal, atau pada tengah malam apabila pasien terbangun dan tidak dapat tidur lagi. Biasanya kesukaran jenis ini dapat berarti insomnia karena anxietas atau depresi. Kelainan metabolik dapat menyebabkan kesukaran mempertahankan tidur secukupnya.

Diagnosis banding

Sebagai diagnosa banding dapat disebutkan :

1. Anxietas
2. Depresi
3. Keadaan psikotik
4. Kelainan fisik

Penatalaksanaan

1. Kadang-kadang dengan bicara tenang atau mendengarkan dengan sabar keluhan pasien saja sudah dapat memperbaiki insomnia yang sederhana.
2. Apabila insomnia disebabkan oleh gangguan jiwa seperti anxietas, maka perlu diberikan tranquillizer yang bekerja secara cepat dan mempunyai efek sedatif yang besar.
3. Apabila yang menyebabkan adalah depresi, maka pengobatan dengan antidepresi dalam dosis sedang kadang-kadang sudah dapat memberikan hasil yang memuaskan.

Konsultasi dan rujukan

Pasien pulang berobat jalan khususnya bila gangguan yang mendasarinya adalah gangguan jiwa.

Kegawatdaruratan Psikiatrik Berkaitan dengan Penyalahgunaan Zat

Kegawatdaruratan psikiatrik berkaitan dengan penyalahgunaan dan ketergantungan zat adalah kelainan mental organik yang disebabkan oleh (berkaitan dengan) penyalahgunaan narkotika, alkohol dan zat adiktif lainnya, dan diakibatkan oleh efek-efek langsung zat yang dipakai terhadap susunan saraf pusat.

Kelainan psikologik atau tingkah laku yang berhubungan/disebabkan oleh gangguan fungsi otak yang sifatnya sementara atau menetap. Gejala yang umum dijumpai adalah :

1. Intoksikasi (Keracunan)
2. Keadaan putus zat (*abstinensia, withdrawal*)
3. Delirium



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Kriteria diagnostik sindrom tersebut yang berhubungan dengan penyalahgunaan zat adalah sesuai dengan PPDGJ-III

Gejala

Gejala tersebut di atas meliputi :

1. Perubahan perilaku: panik, agitasi, agresi, halusinasi, bicara pelo, waham, mengantuk.
2. Gejala klinik yang umum dijumpai: kejang, koma, dilatasi pupil, konstiksi pupil, depresi pernapasan, febris, takikardi, hipertensi, hipotensi, hipersalivasi, kejang perut.

Diagnosis kegawatdaruratan psikiatrik yang berkaitan dengan penyalahgunaan dan ketergantungan zat adiktif dibuat dengan dijumpainya gejala atau kumpulan gejala tersebut di atas dan dengan membuktikan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium. Adanya penyalahgunaan atau ketergantungan zat sesuai kriteria dalam PPDGJ-III (1993).

Diagnosis banding

Cedera kepala akut dan hipoglikemia.

Pertimbangkan kemungkinannya memakai zat campuran

Anxietas dan gangguan depresif

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien kegawatdaruratan psikiatrik yang berkaitan dengan penyalahgunaan zat adiktif tidak banyak berbeda dengan penatalaksanaan pasien kegawatdaruratan psikiatrik lainnya yang menunjukkan gejala-gejala panik, agitasi, psikotik dan sebagainya.

1. Tindakan fiksasi bila pasien amat gelisah atau membahayakan.
2. Pasien dirawat dalam ruangan khusus dan tenang, observasi dan catat tanda vital setiap 5 menit dalam 4 jam pertama perawatan, kemudian 15 menit dalam 6 jam berikutnya dan selanjutnya setiap setengah jam.
3. Dalam 48 jam pertama harus dipastikan ada tidaknya ketergantungan fisiologik terhadap salah satu zat adiktif, sehingga detoksifikasi (terapi lepas zat; *withdrawal treatment*) dapat dilakukan sedini mungkin.

Intoksikasi opiat

Pertahankan fungsi vital, bersihkan jalan napas, lakukan pernapasan buatan. Apabila pasien mendapat Naloxone, waspada akan timbulnya ulangan gejala-gejala intoksikasi yang memerlukan dosis Naloxone ulangan. Gejala abstinensia yang mungkin timbul pada pemberian antagonis narkotik pada pasien yang ketergantungan opiat.

Intoksikasi kanabis

Dilakukan teknik "*talking down*".

Intoksikasi alkohol

1. Pasien mungkin perlu dikekang dan diawasi; lakukan medikasi. Apabila terjadi stupor alkoholik (berbahaya), kalau tanda-tanda vital masih dalam batas normal, tidak perlu tindakan terapeutik. Kelainan tanda vital, awasi pasien secara ketat, perbaiki keadaannya dengan infus dan sebagainya sampai tanda-tanda vital menjadi normal dan stabil.
2. Koma alkoholik, usahakan segera pertolongan pertama (pernapasan, posisi semi-pron, infus), dan segera rujuk pasien ke ICU.
3. Pasien dengan "*blackouts*" (amnesia yang terjadi selama alkoholisme) dapat sembuh sendiri dari episode amnesianya, kadang-kadang perlu dijelaskan apa yang terjadi pada



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

pasien itu selama episode amnesia tersebut agar pasien tidak terkejut sesudahnya, nasihatilah pasien untuk mengurangi minum alkoholnya.

4. Pasien dengan abstinensia alkohol (kegelisahan, hiperrefleksia, tremor, kadang kejang-kejang umum, halusinasi) harus diawasi tanda-tanda vitalnya. Bila kejang, segera atasi dengan suntikan diazepam. Perhatikan keadaan gizi dan hidrasi tubuh pasien.
5. Delirium Tremens, timbulnya 2-7 hari setelah pengurangan/penghentian pemakaian alkohol. Gejala: kesadaran terganggu/berfluktuasi disertai gangguan fungsi kognitif, halusinasi terutama akustik, ilusi, panik, mual-muntah, suhu meninggi, takikardi, pernapasan cepat, keringat banyak, kemungkinan dehidrasi. Pasien istirahat, lakukan rehidrasi, tenangkan pasien dengan obat-obat (Diazepam, Luminal dan sebagainya). Perhatikan kemungkinan adanya komplikasi hepatitis, pneumonia, pancreatitis, trauma kepala. Pasien ini harus dimonitor secara ketat.

Intoksikasi obat sedatif/hipnotik

1. Gejala mirip intoksikasi alkohol, dapat sampai koma.
2. Penanggulangan bersifat simptomatis dan medik selama fase akut.
3. Kuras lambung jika obat baru saja ditelan dan pasien dalam keadaan sadar. Awasi fungsi vital sampai pasien sadar kembali dan kemungkinan tindakan bunuh diri dan *withdrawal*.
4. Pasien dengan abstinensia obat sedatif/hipnotik harus diawasi secara ketat, monitoring tanda dan keluhan yang diperlihatkan oleh pasien. Observasi harus terus dilakukan untuk menghindari kejang yang dapat timbul kalau detoksikasi dilakukan terlalu cepat.
5. Gejala lepas zat/obat (anxietas, gangguan tidur, hipotensi ortostatik, hiperrefleksia, *muscle twitches* atau kram perut) bila timbul, diberi medikasi untuk menjamin detoksifikasi yang aman. Keadaan delirium (gejala abstinensia disertai hiperaktivitas otonom: takikardia, berkeringat, tensi meninggi, dan gangguan kesadaran) dapat juga terjadi pada abstinensia zat ini. Penatalaksanaannya sama seperti pada pasien dengan delirium karena gangguan organik lainnya.

Intoksikasi Amfetamin dan turunannya

1. Gejala: peningkatan kesadaran/kewaspadaan, insomnia, berkurang rasa capek, mood meningkat, inisiatif dan rasa percaya diri meningkat, nafsu makan berkurang, gelisah, cepat tersinggung.
2. Tanda-tanda: palpitasi, angina, aritmia, berkeringat, kedinginan, hiperpireksia, kejang-kejang, dilatasi pupil
3. Terapi:
 - a. Pasien ditenangkan, diyakinkan bahwa gejala akan mereda dengan sendirinya.
 - b. Hindarkan stimulasi yang berlebihan, tempatkan pasien pada tempat yang tenang, sebaiknya ditemani keluarga
 - c. Terapi simptomatis
 - d. Psikofarmaka:
 - 1) Gelisah: dapat di berikan lorazepam 1-2 mg per oral.
 - 2) Bila ada gejala psikotik: antipsikotik: haloperidol 2-5 mg per 4-6 jam oral/IM

Intoksikasi inhalan

1. Tanda dan Gejala: pusing, bicara cadel, jalan tidak stabil, gangguan koordinasi motorik, euforia, aritmia jantung, sianosis, dan halusinasi.
2. Terapi simptomatis seperti pada intoksikasi sedativa-hipnotika



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Intoksikasi Kokain

1. Intoksikasi kokain biasanya terjadi sangat singkat.
2. Ditandai dengan takhikardia, dilatasi pupil, midriasis, tekanan darah meningkat, berkeringat, panas dingin, tremor, mual, muntah, halusinasi visual atau taktil, sinkope, nyeri dada.
3. Gejala meliputi euforia, disforia, agitasi psikomotor, agresif, waham paranoid, halusinasi, delirium, eksitasi
4. Terapi:
 - a. Tenangkan pasien bahwa gejala akan segera berlalu
 - b. Psikofarmaka:
 - Agitasi: berikan lorazepam 1-2 mg
 - Jika agitasi masih menetap apat diberikan antipsikotik: haloperidol 2-5 mg per oral atau IM.
 - Takhikardia diberikan propanolol

Kegawatdaruratan Dalam Psikogeriatri

Usia lanjut merupakan suatu perkembangan yang normal yang akan dialami oleh setiap orang yang memasuki usia tua. Namun dalam tahap perkembangan ini sering timbul berbagai masalah karena pada pokoknya proses menjadi tua (*aging process*) merupakan kombinasi proses-proses organobiologik, psikologik dan sosiokultural. Interaksi ketiga proses ini menentukan perilaku golongan usia lanjut secara keseluruhan. Keterbatasan-keterbatasan fisik, psikologik dan sosial menyebabkan mereka lebih rentan terhadap stres yang sering menimbulkan krisis pada golongan usia lanjut.

Hal-hal yang dapat menjadi kegawatdaruratan di dalam psikogeriatri adalah :

- 1) Keadaan delirium
- 2) Gangguan tingkah laku yang timbul oleh obat (*Drug induced behavioral disturbances*)
- 3) BPSD (*Behavioral and Psychological Syndrome of Dementia*)
- 4) Bunuh diri pada usia lanjut.
- 5) Peristiwa menghadapi kematian

Gangguan-gangguan ini akan dibicarakan masing-masing di bawah ini :

Keadaan Delirium

Gejala

Kesadaran pasien nampak berkabut (*clouded state of conciousness*), penurunan kejernihan kesadaran akan lingkungan. Keadaan ini ditandai oleh kesukaran memusatkan, memindahkan dan mempertahankan perhatian pada stimulus luar dan dalam.

Didapati sedikitnya dua dari gejala-gejala berikut:

1. Gangguan persepsi: salah tafsir, ilusi atau halusinasi
2. Pembicaraan kadang-kadang inkoheren
3. Gangguan siklus tidur bangun, dengan insomnia malam hari atau mengantuk pada siang hari.
4. Bertambah atau berkurang aktivitas motorik

Di samping itu terdapat pula gangguan orientasi dan daya ingat. Gambaran klinis ini timbul dalam waktu pendek (biasa beberapa jam atau hari) dan sering berfluktuasi sepanjang hari.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasien lanjut usia dengan delirium yang dibawa ke instalasi gawat darurat psikiatrik harus dikaji terlebih dulu apakah ada faktor etiologik yang spesifik dengan jalan menelusuri riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan laboratorium (darah dan urine rutin, gula darah, urium, kreatinin, chlolesterol, tes faal hati, SGHT, SGOT dan LDH). Perlu dipertanyakan latar belakang sosial ekonomi pasien, apakah pasien tinggal sendirian atau dengan keluarga lain.

Diagnosis banding

1. Gangguan skizofrenia dan psikotik lainnya
2. Demensia
3. Gangguan buatan dengan gejala psikologik.

Penatalaksanaan

1. Perhatikan keadaan umum fisik: tekanan darah, suhu, nadi dan pernafasan.
2. Keadaan umum memburuk anjurkan dirawat di rumah sakit.
3. Pasien gelisah dapat diberikan terapi antipsikotik secara parenteral, tetapi pemberian antipsikotik yang mempunyai efek samping hipotensi ortostatik harus dilakukan dengan hati-hati.

Konsultasi dan rujukan

1. Pasien rawat inap.
2. Konsultasi kepada dokter ahli saraf dan ahli penyakit dalam (spesialis yang terkait).

Gangguan Tingkah Laku Yang Ditimbulkan Oleh Obat Atau Zat

(Drug or substance induced behavioral disturbances)

Gejala

Gambaran klinis sama dengan intoksikasi obat atau zat pada umumnya.

Pengkajian

Sering dokter, pasien maupun keluarga tidak sadar bahwa telah terjadi intoksikasi akibat obat atau zat. Oleh sebab itu sangatlah bijaksana untuk mendapatkan keterangan sebanyak-banyaknya mengenai obat-obaian atau zat yang ada di rumah. Bila perlu keluarga pasien dianjurkan membawa semua obat yang dipakai oleh pasien pada saat wawancara pertama.

Diagnosis banding

1. Delirium
2. Halusinasi organik
3. Sindrom waham organik
4. Sindrom afektif organik
5. Gangguan neurologik

Penatalaksanaan

Selain mengawasi tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi suhu dan pernapasan, serta usaha mengendalikannya. Perlu secepatnya mencari antidotum sesuai dengan obat yang ditelan.

Konsultasi dan rujukan

1. Rawat inap
2. Pasien demikian perlu dikonsultasikan pada dokter ahli saraf dan dokter ahli penyakit dalam.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Peristiwa Menghadapi Kematian

Gejala

1. Peningkaran dan isolasi (*denial and isolation*)
 2. Kemarahan (*anger*).
 3. Sikap tawar menawar (*bargaining*)
 4. Depresi
 5. Penerimaan (*acceptance*).
1. Peningkaran dan isolasi (*denial and isolation*)
Setelah pasien mengetahui bahwa ia menderita penyakit terminal dan akan menghadapi kematian, yang kadang-kadang waktu tiba kematian sudah dapat diperkirakan, maka reaksi pertama pasien adalah meningkari kenyataan itu (*denial*). Peningkaran pasien dapat dinilai dari ucapan-ucapan pasien, misalnya pasien mengatakan : "Tidak mungkin, apakah tidak keliru". Ini pulalah dasarnya maka pasien berpindah dari satu dokter ke dokter lain atau bahkan pergi ke dukun. Peningkaran ini berguna bagi pasien sebagai buffer, sehingga selama masa peningkaran itu pasien dapat mempersiapkan diri untuk menerima kenyataan sebagaimana adanya. Biasanya peningkaran bersifat sementara dan segera berubah menjadi fase lain dalam menghadapi kenyataan.
 2. Kemarahan (*anger*).
Apabila peningkaran tidak dapat dipertahankan lagi maka fase pertama berubah menjadi kemarahan, kemurkaan, perasaan iri hati dan penolakan. Pasien akan mengalihkan kemarahan kepada segala sesuatu yang ada di sekitarnya seperti perawat. Semua tindakan perawat serba salah. Pasien banyak menuntut, cerewet, mudah tersinggung, minta diperhatikan dan iri hati. Jika keluarga berkunjung, pasien menunjukkan sikap penolakan, sehingga keluarga enggan untuk datang. Hal ini akan menyebabkan pasien menjadi lebih marah dan tidak senang.
 3. Sikap tawar menawar (*bargaining*)
Setelah marah-marah berlalu pasien akan berpikir dan merasakan bahwa protesnya tidak ada artinya. Mulailah timbul rasa bersalah dan pasien mulai membina hubungan dengan Tuhan. Meminta dan berjanji merupakan ciri yang jelas. Sering petugas tidak dapat menilainya, karena pasien hanya menyatakan isi hatinya kepada seorang rohaniwan yang melayaninya. Dia misalnya berjanji akan berbuat baik jika diperpanjang umurnya atau dapat sembuh.
 4. Depresi
Selama fase ini pasien sedih/berkabung akan kehilangan yang tidak lama lagi akan dialami. Kehilangan orang yang dicintai, pengalaman yang indah, kebiasaan, hobi, kehilangan segala-galanya yang sangat berarti bagi pasien. Pasien dapat memperlihatkan kesedihannya dengan menangis atau mengungkapkan secara verbal. Pasien mulai memikirkan masa yang akan datang dan mohon, sembahyang atau berdoa.
 5. Penerimaan (*acceptance*).
Setelah melalui fase yang lalu maka pasien tiba pada fase yang terakhir di mana tidak ada peningkaran, kemarahan, dan depresi lagi. Pertolongan untuk memecahkan masalah telah diberikan pada fase sebelumnya. Pada umumnya pasien merasa lemas, membutuhkan tidur yang lebih lama/panjang. Hampir hampa dan tidak ada emosi. Pasien lebih banyak menggunakan gerakan dari pada kata-kata. Kelihatan pasien sudah siap untuk menerima kematian. Biasanya pada fase ini keluarga pasien lebih membutuhkan pertolongan, pengertian dan sokongan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Diagnosis banding
Gangguan Suasana perasaan

Penatalaksanaan

1. Pasien ditempatkan di ruangan bersama pasien lain dengan penyakit terminal. Beberapa keuntungannya adalah karena petugas dapat mencurahkan perhatian lebih banyak; pasien dapat saling memberi sokongan; dan penempatan petugas yang terampil, tidak cepat gugup dan berani menghadapi kasus kematian lebih efisien.
2. Ruangan harus ditata sebaik dan sehidup mungkin dan tidak membosankan, sehingga kesan kematian tidak terlihat. Misalnya adanya bunga hidup di vas; lukisan yang menarik di dinding yang melambangkan kehidupan. Secara simbolik menyatakan kepada pasien bahwa petugas masih mengakuinya sebagai manusia yang utuh dan hidup.
3. Pemberian obat-obatan perlu disesuaikan dengan keadaan penyakit pasien.
4. Akan tetapi yang lebih penting adalah sikap dari dokter terhadap pasien, keluarganya dan dokter yang mengobatinya
5. E. Kubler Ross, ahli dalam masalah peristiwa kematian, mengemukakan beberapa pedoman dalam menghadapi situasi ini. Seorang petugas atau dokter jangan menyampaikan secara terus terang kepada pasien bahwa dia akan meninggal. Dokter atau petugas sudah cukup untuk bersikap jujur dan mengakui keadaan gawat dari kondisi pasien. Biasanya pasien ingin mengetahui kelanjutan dari penyakitnya, akan tetapi mereka biasanya tidak mau mendengar bahwa kondisi mereka tidak ada harapan lagi. Perlu pula dokter sendiri menyembunyikan kekhawatiran akan batas kemampuannya sebagai seorang dokter.
6. Dalam keadaan dimana psikiater diminta bantuannya oleh dokter lain untuk menangani pasien yang menghadapi kematian, maka sebaiknya dianjurkan agar dokter tersebut tetap harus bertanggung-jawab untuk menenteramkan pasiennya. Tetapi sebaiknya psikiater harus memahami keterbatasan emosional dokter itu, sehingga ia menghindari pasien yang menghadapi kematian itu.

Tindakan yang sesuai dengan fase yang dihadapi pasien :

1. Fase pengingkaran (*denial*)
Jika pasien masih muda maka pemberitahuan dini tentang penyakit terminalnya akan membantu keluarga untuk mengatur keuangan, masa depan anak dan rencana-rencana lain. Penting bagi petugas untuk mengetahui latar belakang pasien, hubungan pasien dengan orang yang berarti baginya. Berikan waktu kepada pasien untuk menyatakan pengingkarannya. Petugas tidak perlu membantah dan berdebat dengan pasien. Jawablah pertanyaan pasien tentang kehidupan, kematian dan pengobatannya secara wajar dan penuh pengertian. Jangan memperkuat/mendukung pengingkaran pasien. Jika pasien mengatakan sesuatu yang tidak realistis, bereaksilah secara realistis misalnya pasien mengatakan : "Saya akan segera bekerja kembali", petugas dapat menjawab dengan : "Hal itu mungkin belum dapat anda lakukan sekarang"
2. Fase kemarahan
Penting diketahui bahwa kemarahan pasien tidak ditujukan kepada petugas secara pribadi, tetapi pasien memakai mekanisme defensif proyeksi dan pengalihan (*displacement*). Kemarahan pasien mungkin diarahkan pada diri sendiri, yang misalnya sehubungan dengan rasa bersalah karena tidak mengikuti anjuran untuk memelihara kesehatan sedini mungkin. Berikan kesempatan bagi pasien untuk mengutarakan kemarahannya dan tidak perlu ditentang/didebat. Mungkin pasien mengutarakan kemarahannya itu pada keluarga atau temannya. Ia akan merasa masih berharga atau disayang, jika petugas selalu mau mendengarkan tuntutananya, melayaninya sebelum dipanggil dan memberikan perhatian yang cukup. Diskusikan dengan pasien beberapa alternatif yang dapat dilakukan sehubungan dengan pengobatan cara-cara hidup, tetapi biarlah pasien sendiri yang menentukan pilihan. Jika keluarga atau petugas bereaksi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

dengan kemarahan maka ini akan mendorong pasien untuk lebih marah lagi dan meningkatkan rasa bermusuhan.

3. Fase tawar menawar

Biarkan pasien menanggapi keadaannya dengan tawar menawar. Pasien mengatakan : "Saya akan menyumbangkan organ tubuh saya, jika kematian saya ditunda". "Saya ingin melihat kelahiran cucu saya yang pertama", dsb. Petugas dapat menanyakan kejadian-kejadian penting yang ingin dilakukan pasien dan cerita pasien harus didengarkan dengan baik. Pasien merasa berhasil karena masih dapat menunda kematian, dan menganggap kalau ia berkelakuan baik maka masih ada kemungkinan memperpanjang hidup. Penting juga menawarkan waktu dan frekuensi pengobatannya; berikan kesempatan bagi pasien untuk membuat keputusannya sendiri dan jelaskan risiko dan keuntungan pilihannya itu.

4. Fase depresi

Biarkan pasien mengutarakan kesedihannya, baik dengan menangis, diam saja atau berbicara. Berusahalah menghayati kesedihan pasien. Sangat penting jika orang yang berarti bagi pasien memberikan perhatian dan sokongan. Jangan biarkan pasien sendiri. Petugas senantiasa menemani pasien dan dalam berkomunikasi lebih baik memakai bahasa non-verbal, misalnya memegang tangannya, mengelus rambutnya dsb. Baik juga mendatangkan rohaniwan untuk berdoa bersama pasien.

5. Fase penerimaan

Anjurkan keluarga dan teman pasien mengunjunginya secara teratur (tidak berbondong-bondong) Jangan biarkan pasien sendiri. Petugas sebaiknya secara bergantian dan sendiri-sendiri menemani pasien. Pada fase ini hanya komunikasi non-verbal yang efektif. Tanyakan keinginan apa yang perlu dikabulkan jika kematian tiba dan beritahukan keluarga tentang hal ini.

Pada fase ini penting sekali agar keluarga pasien diberi pengertian dan bimbingan.

Konsultasi dan rujukan :

Bila keadaan pasien sudah tidak ada harapan lagi menurut ilmu pengetahuan kedokteran, maka rujukan sebenarnya tidak perlu lagi. Namun ada baiknya rujukan dilakukan kepada rohaniwan, yang dapat bermanfaat positif terhadap keadaan psikis pasien.

KEGAWATDARURATAN PSIKIATRI PADA ANAK DAN REMAJA

1. Kekerasan pada anak
2. Tingkah laku agresif
3. Gangguan disosiatif

Kekerasan pada anak

Gejala

1. Kelainan fisik (patah tulang, memar, keadaan umum menurun, cedera pada alat kelamin).
2. Gangguan psikis, kecemasan dan anak tampak menderita.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Anamnesis

1. Tanyakan apakah pasien pernah dirawat atau mengalami cedera karena tindakan yang serupa.
2. Tanyakan apakah saudaranya yang lain pernah mempunyai gejala yang sama seperti pasien.
3. Tanyakan apakah orang tua mempunyai kebiasaan menghukum secara fisik.
4. Khususnya pada penganiayaan seksual tanyakan adanya ancaman terhadap anak yang dipaksa untuk melakukan hubungan seksual.

Dalam melakukan anamnesis sikap suportif terhadap orang tua hendaknya tetap dipertahankan. Kalau tidak mereka akan minta pulang paksa atau menghentikan pengobatan untuk anaknya.

Observasi

1. Kelainan kulit yang patognomonik adalah jejas lecutan, bekas sundutan rokok, jejas tangan, gigitan atau memar pada rahang depan akibat memaksakan sendok pada bayi/anak yang menangis.
2. Jejas atau kelainan yang tidak mungkin dilakukan sendiri.
3. Tanda adanya trauma yang multipel, lama maupun baru.
4. Perdarahan pada mata atau retina.
5. Rasa takut yang nyata pada anak terbadap orang tua.

Pada pemeriksaan radiologi mungkin terdapat fraktur multipel dalam stadium penyembuhan yang berbeda-beda. Secara bersama diperhatikan pemeriksaan fisik dan tingkah laku.

Prioritas masalah

Pada kelainan ini gangguan fisik perlu diperhatikan sebagai prioritas pertama.

Diagnosis banding

1. Cedera fisik karena trauma kecelakaan atau anak menderita kelainan tulang
2. Tindakan mencederai diri
3. Psikosis anak

Penatalaksanaan

1. Perawatan di rumah sakit mungkin diperlukan untuk melindungi anak sampai krisis di rumah dapat diidentifikasi dan untuk mencegah penganiayaan lebih lanjut.
2. Perhatikan keadaan umum, fisik pasien.
3. Lakukan perawatan fisik yang diperlukan
4. Adakan pendekatan dengan pasien dan membantu mengatasi permasalahannya.
5. Adakan pendekatan dengan keluarga untuk mengatasi permasalahan anak.
6. Awasi keadaan umum dan perbaiki keadaan fisik.
7. Mungkin diperlukan bantuan dokter ahli bedah, dokter ahli anak dan lain-lain, untuk mengatasi cedera fisik.
8. Kecemasan pada anak, segera ditanggulangi.

Konsultasi/rujukan

1. Rawat inap
2. Rujuk ke tempat perawatan anak
3. Rujukan ke tempat penampungan (asrama, lembaga dan sebagainya).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tingkah Laku Agresif

Gejala

1. Agresif
2. Salah menafsirkan kehendak orang lain
3. Merasa takut dan merasa jiwa terancam.

Anamnesis

1. Alloanamnesis
 - a. kapan terjadi dan timbulnya gejala ini
 - b. apakah ada faktor pencetusnya.
 - c. apakah pernah menderita penyakit yang gawat atau mendapat kecelakaan (untuk mengetahui apakah ada pengaruh faktor organik)
 - d. pernahkah pasien dirawat atau berobat pada fasilitas kesehatan jiwa
2. Autoanamnesis
 - a. alasan pasien melakukan tindakan dan sejak kapan melakukan tindakan tersebut selanjutnya
 - b. apakah ada hubungan antara tindakan ini dengan peristiwa-peristiwa sebelumnya.
 - c. apakah pasien merasa bersalah atau menyesal karena perbuatannya.

Observasi

1. perhatikan sikap dan tingkah laku yang menyerang tiba-tiba
2. sikap kooperatif atau tidak; dan sikap negativistik (menentang, mengancam)
3. apakah pasien menyimpan alat/senjata
4. perhatikan tingkat kesadaran pasien (*compos mentis*, kesadaran menurun atau berubah).

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik segera dilakukan bila keadaan memungkinkan.

Diagnosis banding

1. Sindrom mental organik
2. Gangguan pengendalian impuls
3. Gangguan sikap menentang
4. Gangguan psikotik
5. Gejala putus obat

Penatalaksanaan

1. Pendekatan kepada anak agar dia membatasi tingkah laku yang agresif dan menyerang itu.
2. Bantulah pasien mengatasi masalahnya dan bimbinglah dia agar dapat mengarahkan dan menyalurkan dorongan agresifnya ke arah yang lebih positif.
3. Apabila pasien sukar dapat diatasi, maka perlu diadakan pengekangan fisik padanya.
4. Adakan pendekatan dengan keluarga untuk membantu menjelaskan kepada mereka cara-cara mengatasi agresivitasnya. Laksanakanlah terapi yang dianjurkan oleh dokter.
5. Psikofarmaka:
 - a. keadaan yang sangat agresif dapat diberikan klorpromazin sampai 40 mg IM per hari (sampai usia 5 tahun atau sampai 75 mg IM per hari 5 -12 tahun),
 - b. Haloperidol 0,5 - 5 mg IM per hari. Semua suntikan dapat diulang jika diperlukan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Konsultasi/rujukan

Atasi masalah fisik yang mendasari agresifitasnya atau terjadi komplikasi fisik akibat tindakan di atas, pasien dirujuk ke Rumah Sakit Umum

Tingkah Laku Hiperaktif

Gejala

- a. aktivitas yang berlebihan, gelisah, banyak bergerak, mudah terangsang, seolah-olah tidak pernah letih, impulsif
- b. mudah mengalami kecelakaan dan
- c. sukar memusatkan perhatian, sehingga sering mengalami kesukaran belajar.

Anamnesis

1. Alloanamnesis
 - a. kapan mulainya gejala hiperaktif
 - b. adakah keadaan yang mencetuskan gejala ini.
 - c. Informasi: apakah ada trauma pada waktu lahir, selama masa kehamilan, atau pernah mendapat gejala kejang demam, cedera kepala, epilepsi, dan lain-lain.
2. Autoanamnesis
 - a. jika pasien dapat berkomunikasi.
 - b. Ditanyakan apakah pasien mengetahui mengapa dia tidak dapat diam, dan bagaimana perasaannya pada saat itu.

Observasi

1. Aktivitas yang berlebihan, misalnya berlari-lari atau memanjat, tidak bisa duduk diam, dan tidak bisa tenang.
2. Adanya tanda-tanda kecemasan,
3. Apakah tingkah laku membahayakan diri sendiri atau orang lain,
4. Apakah dapat mengakibatkan kelelahan yang berat, dan
5. Kualitas tingkah laku yang diperlihatkan (bizar, misalnya memasukkan barang tertentu yang tidak sesuai dengan fungsinya).

Pemeriksaan fisik

1. Bila keadaan memungkinkan segera dilakukan.
2. Perhatikan gejala neurologik yang ringan atau berat, misalnya cara berjalan, gerakan involunter (tidak terkontrol), cara memegang benda, cara mengancing baju.

Diagnosis banding

1. Retardasi mental berat dan sangat berat
2. Gangguan neurologik (epilepsi)
3. Psikosis pada anak
4. Gangguan tingkah laku
5. Gangguan afektif dengan diri manik

Penatalaksanaan

1. perlu membatasi tingkah laku pasien dan mengusahakan agar lingkungannya tidak merangsangnya.
2. Berikan tanggapan dan perhatian terhadap anak; usahakan agar anak dapat lebih tenang dengan mengalihkan tingkah lakunya ke arah yang lebih positif
3. Petugas harus tetap sabar dan tidak boleh memperlihatkan kemarahan atau kebencian terhadap pasien, karena hal ini akan membuat anak cemas.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

4. Keadaan terpaksa pasien boleh dikekang atau dimasukkan dalam kamar tersendiri untuk sementara waktu.
5. Berikan informasi dan bimbingan kepada orang tua. Perlu pula diperhatikan aspek sosiokultural (penempatan bidang pendidikan-pekerjaan).
6. Psikofarmaka
 - a. Injeksi klorpromazine sampai 40 mg IM/hari (sampai umur 5 tahun atau sampai 75 mg IM/hari (5-12 tahun),
 - b. dapat diberikan haloperidol 0,5 - 5 mg IM/ hari.
 - c. Semua suntikan dapat diulang jika diperlukan.

Konsultasi/rujukan

1. Rawat inap bila tidak menunjukkan perbaikan setelah diberi perawatan darurat
2. Adanya keadaan yang lebih berat yang mendasarinya (psikosis, retardasi mental, epilepsi), pasien perlu dirujuk untuk perawatan/observasi lebih lanjut di Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas yang memadai.

KEGAWATDARURATAN PSIKIATRIK DALAM KEHIDUPAN MILITER

Letih Tempur (*Combat Exhaustion, War Neuroses*)

Stres

Dalam perang terdapat dua macam stres yang menimpa para prajurit :

- 1 Stres fisik: lapar, haus, lelah, hawa dingin, panas, angin, berbagai penyakit dan lain-lain.
- 2 Stres psikis: ketakutan adalah sebab yang paling kuat dari stres psikis dalam perang. Ketakutan sifatnya kumulatif. Makin lama orang berada dalam peperangan makin kecil kemungkinan ia selamat. Apabila suatu bahaya diikuti oleh bahaya yang lain, gangguannya menjadi bersifat kumulatif sehingga dicapai suatu titik di mana mekanisme kompensasi tidak memadai lagi yang akhirnya mengakibatkan letih tempur. Dalam hal ini stres fisik serta turunnya moril membantu pula terjadinya letih tempur.

Faktor-faktor yang dapat mempercepat terjadinya letih tempur.

- 1 Rusaknya moril pasukan yang disebabkan karena tidak adanya kepemimpinan yang baik.
- 2 Keadaan menunggu yang lama dalam menghadapi bahaya (ancaman musuh) menambah (mempercepat) tumbuhnya reaksi anxietas.
- 3 Rasa sunyi dan hilangnya komunikasi dengan kawan-kawan.
- 4 Kesulitan yang dialami dalam pertempuran.
- 5 Kelelahan-kelelahan yang dialami dalam pertempuran.
- 6 Situasi menghadapi kematian/kecelakaan kawan.
- 7 Kurangnya pengertian mengenai tujuan peperangan.
- 8 Kurangnya keyakinan dalam bertempur.
- 9 Kekecewaan terhadap pelayanan dari dinas.
- 10 Kesulitan-kesulitan yang dialami rumah tangga di garis belakang.
- 11 Pengendalian impuls agresif Pada waktu damai orang harus berlatih memaksa diri menahan impuls-impuls agresif dan orang mempunyai nilai-nilai tertentu mengenai kemamisiaan. Akan tetapi dalam peperangan malahan diharapkan orang membunuh musuh sebanyak-banyaknya. Pelepasan dari impuls agresif ini yang sudah direpresikan demikian lama dengan baik menimbulkan anxietas. Lepasnya pengendalian Impuls agresif ini adalah beban psikis yang berat.
- 12 Rasa dosa. Merasa berdosa misalnya karena dia beranggapan sebagai penyebab kematian kawannya.

Gejala



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bentuk-bentuk reaksi :

1. Reaksi-reaksi normal
2. Reaksi panik (kalap, *blind flight*)
3. Reaksi lumpuh (*depressed reaction, slowed down*)
4. Reaksi hiperaktif
5. Reaksi konversi
6. Reaksi psikofisiologik

Gejala reaksi tersebut:

1. Reaksi-reaksi normal
 - a. banyak berkeringat,
 - b. gemetar,
 - c. perasaan lemah dan mual, dan
 - d. kesulitan berpikir jernih.
2. Reaksi panik (kalap, *blind flight*)
 - a. Jarang terjadi, tetapi akibatnya jauh lebih berbahaya dan merugikan dibandingkan dengan frekuensi kejadiannya sendiri.
 - b. Keadaan panik yang membabi buta, tidak ada pertimbangan, berniat hanyalah untuk melarikan diri tanpa pikiran atau perhitungan.
 - c. Reaksi panik ini dapat berupa aktivitas fisik yang tidak bertujuan, menangis yang tidak terkendalikan, dan berlari-lari secara liar.
 - d. Keadaan ini oleh kalangan awam sering disebut dengan istilah histerik, yaitu situasi di mana jalan satu-satunya yang ada ialah melarikan diri. Ini disebabkan oleh karena hebatnya bahaya yang mengancam diri.
3. Reaksi lumpuh (*depressed reaction, slowed down*)
 - a. Dalam suatu situasi yang mengancam jiwa, banyak orang untuk beberapa saat menjadi "lumpuh", terpaku di tempatnya.
 - b. Mereka kadang-kadang hanya duduk saja, termangu-mangu atau berdiri di tengah-tengah bahaya yang mengancam.
 - c. Mereka seperti tidak menyadari situasi di sekitarnya dan tidak menunjukkan suatu reaksi apapun terhadap sesuatu di sekelilingnya.
4. Reaksi hiperaktif
 - a. Berlawanan dengan reaksi lumpuh, tipe ini menunjukkan suatu reaksi berupa aktivitas berlebihan yang sepiantas lalu tampak bertujuan, akan tetapi sebenarnya tindakan-tindakan ini sia-sia dan tanpa tujuan tertentu.
 - b. Gejalanya adalah : berbicara cepat, membuat lelucon-lelucon yang tidak pada tempatnya, kadang-kadang memberikan nasihat-nasihat yang bukan-bukan, dan tidak mampu mengendalikan diri.
5. Reaksi konversi
 - a. Dalam keadaan ini pasien secara tidak sadar mengonversikan anxietasnya yang hebat kepada sebagian dari badannya sehingga bagian badan itu berhenti berfungsi. Misalnya keadaan ini dapat berupa gejala buta, tuli, hilangnya kekuatan ataupun perasaan dari salah satu anggota badan.
 - b. Timbulnya gejala ini menyebabkan hilangnya anxietas yang tadinya sangat menekan.
6. Reaksi psikofisiologik
 - a. Gejala fisik sering berkaitan dengan anxietas, dan dapat berupa gejala fisik di setiap bagian tubuh yang dulunya pernah terkena suatu penyakit, luka ataupun bekas kecelakaan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- b. Biasanya pasien mengeluh rasa sakit atau nyeri di tempat-tempat tersebut.
c. Gejala ini dapat pula berupa :
- 1) gangguan viseral, seperti jantung (*soldier's heart*, *Da Costa syndrome*), sistim respirasi, gastrointestinal, dan uro-genital
 - 2) keluhan rematik.

Taraf berat-ringan gangguan

1. Bentuk ringan
Dalam kategori ini prajurit tidak mampu lagi melakukan tugas tempur secara efektif, kendati penampilannya masih normal. Prajurit telah lelah dan mudah tersinggung. Dia mengeluh berbagai keluhan fisik sebagai manifestasi dari anxietasnya.
2. Bentuk sedang
Lebih berat daripada bentuk ringan, prajurit tidak mampu melakukan tugasnya lagi, baik untuk tempur maupun tugas-tugas lain. Termasuk di dalam gangguan ini adalah golongan neurosis berat. Di sini muncul berbagai gejala fisik, seperti konversi.
3. Bentuk berat
Pada letih tempur bentuk berat, prajurit telah terganggu kemampuan menilai realitas (*reality testing ability*) dan menjadi psikotik.

Diagnosis banding

Penatalaksanaan

1. Prinsip kedekatan (*The principle of proximity*)
Pasien harus ditangani sedekat mungkin dengan tempat dimana dia mengalami gangguan emosional.
2. Prinsip kesegeraan (*The principle of immediacy*)
Pasien harus segera ditangani begitu dia mengalami gangguan kejiwaan (*crisis intervention*)
3. Prinsip harapan (*The principle of expectancy*)
Pasien harus dipupuk harapan dan diharapkan oleh komando untuk kembali bertugas di kesatuannya segera setelah mendapatkan pengobatan.

Penatalaksanaan

1. Tangani penderita letih tempur sedini mungkin dan sedekat mungkin dengan tempat tugasnya di medan pertempuran.
Cara ini akan mencegah perasaan prajurit bahwa dia mengalami sakit berat yang menghilangkan harapan dan mengakibatkan kesembuhan yang lambat. Evakuasi sedapat mungkin dihindarkan untuk memelihara identitas kelompok (*group identity*) dengan pasukannya serta menghilangkan perasaan salah oleh karena meninggalkan tugas. Lagi pula gangguan ini bersifat menular dan dapat mempengaruhi kepada kemauan dan kemampuan bertempur teman-temannya, sehingga akan mempengaruhi jumlah tenaga insani yang bertugas dalam pertempuran. Penanganan dilakukan di Poslongyon (Pos Pertolongan Batalyon) oleh dokter batalyon dengan perawat-perawatnya. Di sini dilakukan penanganan terhadap kasus-kasus ringan. Golongan kasus berat dan kasus sedang dievakuasi ke Rumkitlap (Rumah Sakit Lapangan).
 - a. Pasien diberikan anxiolitik; seperti diazepam (misalnya Valium) 3 kali 5-10 mg sehari.
 - b. Oleh karena pasien biasanya mengalami gangguan tidur maka kepadanya dapat diberikan hipnotika. Selama tidur pasien perlu dijaga untuk menghindari reaktivitas ketakutan masa kecil akan kegelapan dan kesendirian. Bila waktu bangun tiba, dia segera dibangunkan dan kemudian diberi kopi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Rehabilitasi fisik

Oleh karena salah satu faktor dari gangguan ini adalah kelelahan, maka pasien perlu diberikan istirahat, tempat yang memadai, dan makanan yang baik, serta keperluan lain. Makanan berkalori tinggi dengan vitamin dosis tinggi akan membantu cepatnya pemulihan. Memisahkan pasien untuk sementara dari stres pertempuran akan segera memperkuat dirinya dari segi fisik maupun psikisnya.

3. Berikan kesempatan untuk berbicara (ventilasi)

Petugas kesehatan yang dipercaya dapat menampung keluhan yang tidak mungkin dinyatakan di kesatuannya sendiri. Dengan ventilasi ini prajurit dapat dibebaskan dari berbagai tekanan batin. Yang perlu diperhatikan adalah bahwa petugas kesehatan jangan mensugestikan adanya gangguan yang berat dan perlunya evakuasi. Petugas harus selalu mendorong agar prajurit tersebut lekas kembali ke medan pertempuran dengan mengingatkan bahwa teman-temannya masih bertugas.

4. Ciptakan lingkungan bukan rumah sakit

Oleh karena bangsal rumah sakit akan mengingatkan pasien kepada penyakit dan rasa sakit maka bangsal seperti ini tidak cocok bagi penanganan prajurit yang terkena letih tempur di medan pertempuran. Oleh karena itu dalam penanganan, perlu diciptakan suasana penugasan yang normal. Tanda-tanda, baju dinas dan bukan baju rumah sakit, penugasan dengan kerja ringan berikut olah raga dan apel akan mendorong penyembuhan penderita sebagai akibat stres pertempuran. Untuk keperluan ini Poslongyon sudah cukup memadai. Cara ini akan mencegah agar pasien tidak memperoleh keuntungan karena sakit (*gain in illness*). Pasien selalu diusahakan untuk tetap berperang pada realitas melalui kebersamaan dengan yang lain, sehingga selalu ada suara kawan, permainan bersama, nyanyi bersama dll. Cara-cara ini akan membantu pasien untuk tetap berpegang pada realitas.

5. Kembalikan ke tugas secepat mungkin

Semakin lama seorang prajurit yang menderita letih tempur di rawat di rumah sakit, semakin banyak pula kemungkinan kehilangan identitas kelompok di samping menetapnya atau bertambahnya gejala-gejala oleh keuntungan karena sakit. Pengembalian prajurit secepat mungkin ke kesatuannya merupakan cara yang terbaik dalam suksesnya penanganan.

IV. SUMBER DAYA PELAYANAN KEGAWATDARURATAN PSIKIATRIK

Pelayanan pada instalasi kegawatdaruratan psikiatrik berbeda dari pelayanan psikiatrik biasa. Beberapa hal khususnya yang mengenai sarana ketenagaan, lokasi atau letak dari fasilitas pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik perlu dipersiapkan dengan sebaik-baiknya.

1. Ruang tunggu di instalasi gawat darurat dirancang sedemikian rupa sehingga membuat penderita yang menunggu giliran merasa nyaman. Tekanan emosional yang dialami membuat mereka menjadi gelisah dan sering mendorong mereka untuk berjalan tak menentu tujuan. Pasien dengan intoksikasi zat mungkin sangat agitatif dan berpotensi untuk melakukan tindak kekerasan. Ataupun sangat berkebalikan sehingga mereka sangat ketakutan, curiga kepada setiap petugas yang masuk ke ruangan, menarik diri.
2. Perilaku, proses pikir dan perasaan yang berubah ini memerlukan persyaratan ruang tunggu. Instalasi dengan banyak ruang-ruang dan tempat duduk yang diatur sehingga orang tidak harus saling berdekatan satu dengan yang lainnya selain dengan orang yang mereka inginkan. Perlu privasi dan berada jauh dari kegiatan lain. Tetapi pada saat yang sama, petugas instalasi kegawat daruratan harus dapat mengawasi secara keseluruhan apa yang terjadi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Menyediakan ruangan tempat pasien yang sangat gelisah atau intoksikasi sehingga dapat dilakukan tindakan langsung untuk mengatasi masalahnya. Jika dianalogikan sama halnya dengan ruang resitusasi di instalasi gawat darurat medik, baik fasilitas maupun fungsinya. Ruang beserta peralatan didalamnya dapat memberikan pelayanan yang cepat terhadap pasien yang secara emosional tidak stabil sekaligus juga permasalahan fisik atau luka.
4. Ruang atau *space* harus cukup tersedia dengan privasi yang tetap diberikan, jauh dari ruang tunggu umum. Seperti halnya dengan ruangan resusitasi medis, wilayah ini harus tetap siap dan tersedia untuk segera digunakan. Ruang tambahan yang dilengkapi untuk pemeriksaan fisik rutin dan untuk pengambilan sampel darah.
5. Ruang wawancara diperlukan untuk melakukan penilaian (asesmen). Ruangannya cukup besar dan nyaman untuk memungkinkan wawancara keluarga yang melibatkan lebih dari satu pekerja profesional. Privasi sangat penting, tetapi bukan suatu ruang isolasi yang memisahkan pasien dengan kegelisahan dari orang-orang yang biasa dia kenal.
6. Ruang wawancara harus diatur sedemikian rupa sehingga jika bantuan dibutuhkan dapat dipanggil dengan cepat untuk menghadapi situasi yang berbahaya atau kekerasan.
7. Ruangannya di instalasi gawat darurat memberikan kesempatan untuk melakukan perawatan yang singkat, 12-48 jam, untuk masalah psikiatrik yang tidak perlu dirawat tetapi tidak bisa langsung dipulangkan. Misalnya intoksikasi zat, gejala menarik diri yang ringan dengan masalah medik umum memerlukan observasi saja, pasien dengan risiko bunuh diri, akses ke rumah sakit yang sulit tetapi masalah psikiatrik pasien tidak terlalu "gawat".
8. Ruangannya yang dirancang sedekian rupa sehingga petugas dapat melakukan observasi menunggu pemeriksaan lebih lanjut dari psikiater pada keesokan harinya seperti perubahan perilaku akibat zat, cedera ringan atau gejala menarik diri.
9. Pasien yang diduga menderita kelainan organik memerlukan pemeriksaan dari spesialis lain untuk memastikannya. Diperlukan kemudahan untuk mendapatkan akses berkonsultasi dengan dokter ahli bedah, penyakit dalam serta neurolog. Akan mudah melakukan pemeriksaan di ruang kegawatdaruratan sebelum akhirnya diputuskan pasien harus dirawat di bangsal mana atau dirujuk kebagian/departemen mana.
10. Ruang kegawatdaruratan psikiatrik memiliki akses ke laboratorium untuk pemeriksaan toksikologi, akses ke radiologi dan EKG terutama untuk pemeriksaan pasien dengan usia lanjut.

Sumber Daya Manusia

1. Jumlah psikiater yang bekerja di sebagian besar rumah sakit jiwa belum memadai. RSJ yang hanya memiliki satu hingga tiga orang psikiater belum memenuhi harapan untuk dapat mengembangkan secara maksimal pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik. Upaya promosi kepada masyarakat agar dapat memanfaatkan pelayanan ini masih belum memuaskan dilihat dari angka kunjungan ke instalasi gawat darurat psikiatrik yang kurang. Di masyarakat masih sering terdengar berita seseorang dengan keadaan gaduh gelisah ditangani sebagai kriminal yang berujung pada kematian. Masyarakat menangani sendiri pasien gangguan jiwa yang melakukan tindak kekerasan dengan pemasangan.
2. Untuk itu perlu melakukan pelatihan bagi dokter yang bekerja di rumah sakit jiwa dan rumah sakit umum agar dapat menatalaksana pasien dengan kegawatdaruratan psikiatrik. Pelatihan bagi dokter yang bekerja di Puskesmas lebih ditujukan kepada pengenalan kasus dan tindakan penanganan segera untuk selanjutnya merujuk pasien ke fasilitas pelayanan yang lebih memadai jika diperlukan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Perawat terlatih bersama dengan staf lain merupakan petugas yang biasanya menerima pasien untuk pertama kali. Pasien dengan kecenderungan melakukan tindak kekerasan harus dikendalikan secara fisik dan memberikan pengobatan yang perlu segera. Tindakan yang cepat dan tepat ini memerlukan serangkaian pelatihan yang jika diperlukan dengan melibatkan instansi di luar rumah sakit seperti polisi. Jalur komunikasi dengan lembaga tersebut diperlukan.
4. Selain psikiater, dokter, perawat peranan psikolog klinis, pekerja sosial dan konselor sangat dibutuhkan bukan saja di bangsal atau poliklinik, tetapi sejak di ruang intalasi gawat darurat. Pelayanan yang komprehensif ini akan membantu pasien dalam pemulihannya.

Sumberdaya pendukung

1. Selain tenaga dokter dan perawat yang mendapat pelatihan diperlukan pula komitmen pihak rumah sakit untuk menyediakan sejumlah tempat tidur. Tempat tidur ini dipergunakan untuk merawat pasien dengan kegawatdaruratan psikiatri yang tidak dapat segera dipulangkan, ataupun mempersiapkan keluarga untuk menerima kembali anggota yang menderita. Kekerasan yang terjadi berkaitan dengan perubahan fungsi mental, tidak mudah dipahami oleh anggota keluarga yang bingung, kecewa, dan malu.
2. Tempat tidur dan ruang observasi bagi petugas juga dibutuhkan bagi rumah sakit umum yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan jiwa untuk melakukan pemeriksaan psikiatri forensik.

Kebutuhan administratif :

Status rawat jalan, status rawat nginap, daftar pengobatan, formulir untuk mencatat alamat, nama, nomor telepon dari pengantar pasien atau keluarga terdekat, formulir khusus untuk menghubungi keluarga apabila pasien meninggal atau melarikan diri dari instalasi kegawatdaruratan psikiatrik, formulir untuk konsultasi atau rujukan, formulir persetujuan pengobatan dan tindakan psikiatrik dari keluarga, dsb.

Laboratorium

Alat-alat untuk pemeriksaan laboratorium terintegrasi dengan laboratorium rumah sakit.

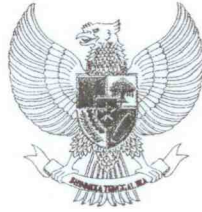
Ketenagaan :

Dalam merencanakan tenaga untuk pelayanan dan perawatan kegawatdaruratan psikiatrik ini berpedoman pada peraturan yang berlaku tentang Standarisasi Ketenagaan Rumah Sakit Pemerintah.

V. PENCATATAN DAN PELAPORAN

A. Pencatatan

Semua hal yang berkaitan dengan pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik mulai dari identitas, riwayat penyakit, pemeriksaan, diagnosis dan tindakan yang semua data tersebut berada di dalam rekam medis pasien. Rekam medis wajib disimpan oleh sarana kesehatan sampai 5 tahun setelah terapi terakhir, dan kemudian dapat dimusnahkan kecuali ringkasan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

dan persetujuan tindakan mediknya yang harus disimpan untuk jangka waktu 10 tahun terhitung dari pembuatan ringkasan tersebut.

B. Pelaporan

Sistem pelaporan pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik merupakan kesatuan dengan sistem pencatatan dan pelaporan rumah sakit pada umumnya. Sistem ini dimaksudkan agar didapat informasi yang muktahir yang selanjutnya dipergunakan dalam perencanaan kebijakan, program maupun kegiatan pembinaan.

VI. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

- A. Pembinaan dan pengawasan penerapan pedoman pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik dilakukan dengan maksud agar penatalaksanaan pelayanan pada pasien sesuai pedoman yang berlaku
- B. Pembinaan dan pengawasan dilakukan secara berjenjang mulai dari internal Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan sesuai dengan kewenangan dan bidang tugas masing-masing
- C. Pembinaan dan pengawasan penerapan dilakukan dengan mengikutsertakan organisasi profesi.
- D. Hasil pembinaan dan pengawasan akan dijadikan masukan bagi penyempurnaan Pedoman Pelayanan Kegawatdaruratan Psikiatrik.

VII. PENUTUP

Peran pelayanan kegawatdaruratan psikiatrik dalam memberikan pelayanan bagi pasien dengan gangguan jiwa semakin dirasakan. Tugas Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa dalam merawat pasien serta dokter spesialis lain dan dokter umum diharapkan akan semakin meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas pasien.



MENTERI KESEHATAN,

Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH