

Buku Panduan Modul

BLOK 17 MODUL 4

ANXIETAS



**Penanggung Jawab Modul:
Dr dr. Rahmat Bakhtiar, MPPM**

TAHUN AKADEMIK 2021/2022

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MULAWARMAN
SAMARINDA**

Blok 17 MODUL IV
GANGGUAN ANXIETAS (191001601W092)

I. TUTORIAL
SKENARIO

TAKUT COVID

Seorang pasien perempuan 26 tahun datang kontrol ke klinik BPJS dengan keluhan selalu diliputi rasa takut dan cemas sehingga membuat pasien tidak dapat konsentrasi melakukan aktivitas sehari-hari dan pekerjaan darinya dengan baik. Pasien selalu cemas terutama tentang dirinya jika terinfeksi Covid-19, meskipun pasien sudah memeriksakan dirinya minggu lalu, dan hasil laboratorium, EKG, foto thorax dalam batas normal, dan hasil swab PCR Covid-19 pasien juga negatif.

Beberapa bulan terakhir sejak pandemi, pasien memang mulai sering merasa cemas, kadang-kadang segala hal dicemaskan meskipun tidak ada penyebab jelasnya. Menurut kakaknya yang menemaninya, kehati-hatian pasien selama ini tampaknya berlebihan jika keluar rumah, mengenakan masker berlapis dengan pelindung wajah, selalu mencuci tangan dengan handsanitizer setiap saat hingga tangannya sudah kasar dan mulai terkelupas, tidak mau makan di luar dan tidak mau menggunakan toilet umum. Pasien juga mengalami insomnia, dan sulit untuk memulai tidur di malam hari, mudah terbangun dan merasa tidurnya tidak pernah nyenyak, dan cepat bangun pada dini hari dan tidak dapat tidur kembali. Penyakit maag pasien juga sering kambuh.

Dalam 1 bulan terakhir, pasien sering merasa seperti meriang, ada yang mengganjal di tenggorokan, dan kadang agak sesak napas. Pernah di suatu malam, pasien tiba-tiba merasa jantungnya berdebar kencang, kaki dan tangannya dingin, tenggorokannya seperti tercekik, napasnya pendek, dan merasa sudah akan mati. Saat itu pasien akan dibawa ke UGD oleh keluarga, tapi pasien lebih takut jika di-Covid-kan. Akhirnya keluhan itu mereda sendiri setelah 1 jam, tapi pasien menjadi was-was jika gejala seperti itu akan muncul lagi.

Dalam 1 minggu terakhir ini pasien tidak mau keluar rumah, pasien menjadi tidak berani keluar rumah sendirian karena mengantisipasi nanti bila gejalanya tersebut tiba-tiba muncul di tengah jalan, dirinya bisa meninggal tanpa ada yang menolongnya. Pasien menjadi sering berpikir kemungkinan terburuk hingga kepalanya sakit dan lehernya tegang. Pasien menghindari menonton berita atau membaca berita karena akan gemetar jika mendengar berita buruk, atau terutama jika mendengar berita kematian. Nenek pasien meninggal beberapa bulan yang lalu karena Covid-19, dan pasien masih sering mengingat neneknya tersebut. Pasien juga kesal pada ibunya, karena ibu pasien kadang memarahinya bahwa kekhawatirannya sangat berlebihan, dan menyuruh pasien untuk memperkuat ibadah dan doa, padahal setiap hari pasien sudah beribadah dan berdoa dengan baik.

STEP 1 : IDENTIFIKASI ISTILAH SULIT

1. Covid-19 : penyakit yang disebabkan oleh virus severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2).
2. Swab PCR Covid-19 : metode pemeriksaan medis untuk mengetahui adanya komponen virus Covid-19 dalam tubuh seseorang dengan sampel apusan naso-orofaring.
3. EKG : Elektrokardiogram (EKG) adalah pemeriksaan untuk merekam signal elektrik yang berkaitan dengan aktivitas jantung dan menghasilkan grafik rekaman tegangan listrik terhadap waktu.
4. Insomnia : gangguan tidur dengan gejala sulit untuk tidur, sering terbangun di malam hari dan sulit untuk tidur kembali, bangun terlalu pagi, dan merasa lelah setelah bangun tidur.

STEP 2 : IDENTIFIKASI MASALAH

1. Apa yang membuat pasien merasa cemas atau takut meskipun hasil pemeriksaan fisiknya dalam batas normal?
2. Bagaimana mekanisme semua gejala-gejala tersebut dapat muncul?
3. Bagaimana hubungan antara cemas yang dirasakan dengan sakit maag yang kambuh serta gejala-gejala fisik lainnya?
4. Apa yang menjadi faktor pencetus dari keluhan yang dirasakan?
5. Apa hubungan antara pandemi Covid-19 dengan gejala-gejala yang pasien rasakan?
6. Apakah kehati-hatian pasien masih dalam batas yang wajar?
7. Apa yang menyebabkan pasien merasa seperti akan mati?
8. Apa yang menyebabkan pasien menghindari mendengar berita buruk?
9. Mengapa perlu dilakukan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, EKG, rontgen pada pasien?
10. Pemeriksaan fisik dan penunjang apa lagi yang diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan diagnosis lain?
11. Apakah keluhan pasien tersebut termasuk ke dalam suatu gangguan jiwa?
12. Apa anamnesis, pemeriksaan psikiatrik, dan pemeriksaan psikometrik yang harus dilakukan untuk menegakkan diagnosisnya?
13. Apa saja diagnosis gangguan jiwa yang mungkin pada pasien ini?
14. Bagaimana tatalaksana pasien ini? Dan apa komplikasi jika tidak ditatalaksana dengan baik?
15. Bagaimana melakukan edukasi pada pasien dan keluarganya terkait penyakit yang dialami pasien?

STEP 3 : ANALISA MASALAH

ANXIETAS

Batasan Cemas dan Sindrom Cemas (Anxietas)

- Cemas adalah suatu gejala dimana perasaan tidak menyenangkan, kuatir atau adanya antisipasi buruk.
- Perasaan bersifat khas dan subyektif tentang sesuatu yang akan terjadi yang dipersepsi sebagai ancaman, disertai reaksi badaniah dan perilaku.
- Dalam bahasa Indonesia dikenal juga istilah : was-was, gelisah, khawatir, bingung, tidak tenang.
- Berbeda dengan “Takut” dimana keadaan bahaya adalah nyata (kongkrit) datang dari dunia luar, dan obyektif.

Kecemasan adalah bagian yang tak mungkin dihindarkan selama hidup. Umumnya untuk memacu mengatasi / menghadapi masalah hidup sebaik-baiknya. Jadi cemas sampai taraf dan kualitas tertentu mempunyai fungsi “ adaptif” dan “ konstruktif”, demi kelangsungan hidup individu dalam lingkungan yang berubah-berubah. Bila cemas menjadi begitu besar atau sering sehingga mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berfungsi normal, maka cemas itu disebut gangguan anxietas.

Sindroma Cemas (anxietas), adalah suatu kesatuan klinis yang terdiri dari komponen psikik : perasaan cemas, dan komponen fisik : ketegangan motorik dan hiperaktivitas susunan saraf otonom, baik yang simpatis maupun parasimpatis.

MENGENAL dan MEMERIKSA PENDERITA ANXIETAS

Penderita anxietas pada umumnya datang ke pelayanan kesehatan umum dengan keluhan-keluhan badaniah (somatik).

Keluhan-keluhan badaniah dapat menyangkut berbagai sistem tubuh secara bersamaan pada waktu yang sama atau berganti-ganti setiap waktu dengan dominasi tertentu.

- **Sistem muskuloskeletal** : tidak bisa istirahat dengan tenang, gelisah, otot kram, pegel di otot-otot’ gemetar, kedutan otot, lesu letih, kepal terasa kencang.
- **Sistem kardiovaskuler** : berdebar-denar, nyeri di dada, detak jantung teras berhenti sejenak, denyut nadi mengeras, muka rasa panas –dingin.
- **Sistem Respiratorik** : perasaan tercekik, sering menarik napas, rasa sempit di dada, napas pendek, gampang sesak.
- **Sistem Gastrointestinal** : sulit menelan, perut melilit, pencernaan terganggu, nyeri perut

sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, penuh kembung, enek –mual, mencret.

- **Sistem Ur genital** : sering buang air kecil, sulit menahan air seni, gangguan menstruasi, gangguan fungsi seksual.
- **Sistem saraf pusat** : penglihatan kabur, kuping berdengung, perasaan kesemuten, seperti ditusuk-tusuk, baal, menjadi lebih sensitif, gangguan tidur, sulit konsentrasi, daya ingat memburuk.
- **Sistem Otonomik** : mulut kering, mudah berkeringat, gampang merinding, telapak tangan & kaki dingin dan basah

Gejala dari Anxiety

Gejala yang berhubungan dengan Anxiety-PD (Panic disorder)

- Seperti tercekik atau ada sesuatu di kerongkongan
- Detak jantung abnormal (dipercepat)
- Banyak berkeringat
- Telapak tungkai kaki basah
- Nausea dan gangguan pada lambung
- Gemetar dan tremor
- Sulit bernapas, hiperventilasi
- Nyeri di dada, tertekan, tak nyaman
- Rasa mau pingsan, kepala enteng, pusing
- Merasa tidak stabil atau tidak seimbang atau oleng.
- Kesemuten di bagian tubuh.
- Merasa panas atau menggigil.
- Kuatir pada kesehatan .
- Merasa bahwa keadaan lingkungan aneh, tidak realistik.
- Merasa keadaan luar atau tak ada hubungan dengan seluruh bagian tubuh, merasa mengambang
- Takut mati, atau takut sesuatu yang luar biasa akan terjadi
- Takut kehilangan kontrol atau menjadi gila
- Tingkah laku menghindar disebabkan agorafobia.
- Tiba tiba merasa takut dan tanpa sebab yang jelas.
- Gejala terjadi pada waktu yang berbeda-beda, dan biasa mengakibatkan tingkah laku menghindar (phobic avoidance).

Gejala berhubungan dengan gangguan anxiety lain (++)

- Gangguan menelan atau seperti ada benda di tenggorokan
- Detak jantung meingkat

- Telapak tangan berkeringat
 - Dengkul terasa lemah
 - Perut kembung, mual atau diare
 - Gemetar, perasaan berguncang
 - Napas pendek
 - Tegang, merasa terekan
 - Tidak bisa santai
 - Otot tegang, nyeri, seperti luka.
 - Mulut kering
 - Sering kencing
 - Respons ketakutan yang luar biasa
 - Sukar konsentrasi atau otak menjadi kosong.
 - Sulit masuk atau mempertahankan tidur.
 - Mudah tersinggung dan tak sabaran.
- (++) Gejala ansietas diatas biasanya kontinu, jarang episodik.

Pemeriksaan Klinis

Pada observasi perilaku, pasien tampak duduk dengan gelisah, menggerak-gerakan tangan dan kakinya. Ekspresi wajah tampak tegang, dahi berkerut dan berkeringat, muka agak kemerah-merahan, sorot mata penuh kewaspadaan. Dalam berbicara sering disertai dengan menarik napas panjang.

Pada pemeriksaan fisik, dapat ditemukan antara lain :

- Detak jantung cepat dan keras, namun tetap teratur dan tidak terdapat ekstrasistole, tidak terdengar bising. Denyut nadi juga cepat dan teratur, sesuai dengan irama detak jantung.
- Tekanan darah dapat meningkat, tetapi sistolik jarang melebihi 150 mm Hg dan bersifat sementara.
- Irama pernapasan lebih cepat tetapi dangkal, dapat menjurus hiperventilasi.
- Distribusi keringat pada telapak tangan, ketiak dan dahi. Telapak tangan basah dan dingin. Berbeda dengan " thyrotoxicosis ", distribusi keringat di seluruh badan, telapak tangan basah dan hangat.
- Anggota gerak agak dingin dan pucat, namun leher dan dada bagian atas agak hangat.
- Mulut dan lidah agak kering.
- Tonus otot meninggi, otot mudah berkedut.
- Bising usus meninggi dan ketok lambung menunjukkan banyak udara.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang diarahkan mencari penyebab timbulnya ansietas. Pertama-tama harus mencari penyebab organik, atau penyakit fisik yang utama. Setelah faktor organik/ fisik disingkirkan baru mencari penyebab psikologik dan situasional.

Misalnya , pemeriksaan T3 dan T4 untuk diagnosis Thyrotoxicosis , serum dan urine catecholamines untuk diagnosis Pheochromocytoma,dan lain pemeriksaan sesuai dengan indikasi.

Diagnosis Diferensial

Dari pengalaman praktek yang paling sering diketemukan adalah keluhan- keluhan yang menyangkut sistem kardiovaskuler dan respiratorik. Hal ini yang mendorong pasien untuk datang minta bantuan dokter. Berikut ini akan diberikan beberapa pegangan klinis untuk membedakan anxietas dan gangguan lain .

Sesak napas (dyspnea)

Keluhan penderita anxietas adalah napas pendek dan berat, napas tidak lega, dan tidak ada hubungannya aktivitas fisik. Sedang pada penyakit jantung, sesak napas berhubungan dengan aktivitas (dyspnea d, effort), dan sangat melelahkan.

Chest pain (nyeri dada)

Pada anxietas , nyeri dada dirasakan langsung di atas denyutan jantung yang berdebar-debar dan rasa ditusuk-tusuk, berlangsung dalam waktu relatif lama. Sedangkan pada “angina pectoris “ nyeri dada menyebar ke bahu kiri sampai lengan dan rasa seperti tertekan benda berat, berlangsung dalam waktu singkat.

Fatigue (letih – lesu)

Penderita anxietas biasanya mengeluh letih- lesu pada pagi hari setelah bangun tidur dan merasa tidur malamnya tidak memulihkan. Sedangkan untuk sakit fisik, kebanyakan letih-lesu dirasakan pada sore hari atau malam hari sesuai dengan energi yang sudah berkurang cadangannya.

Sweating (berkeringat)

Berkeringat sifatnya emosional umumnya pada daerah telapak tangan dan kaki, dan axilla. Sedangkan yang sifatnya fisik tersebar pada seluruh permukaan tubuh.

Headache (sakit kepala)

Pada keadaan “ vasculer headache “ , beratnya keluhan sakit kepala berkaitan langsung dengan keras-lemahnya denyutan nadi. Sedang pada anxietas sifatnya sesuai dengan “musculer tension headache “ dimana tonus otot umumnya meninggi.

Dizziness (pusing)

Pada anxietas kebanyakan mengeluhkan pusing yang hilang timbul, kalau kita telusuri secara teliti ternyata adalah ” rasa kepala ringan” bukan “vertigo” seperti pada penyakit organik yang melibatkan fungsi cerebellum dan labyrinth.

ANXIETAS DAN DEPRESI

Membedakan anxietas dan depresi tidaklah mudah . Pada berbagai penelitian ternyata bahwa gejala anxietas banyak terdapat pada penderita depresi, begitu juga banyak gejala

depresi pada penderita anxietas. Selain itu beberapa gejala seperti gangguan tidur, gangguan makan, kesulitan konsentrasi, mudah tersinggung, dan cepat lelah, merupakan gejala yang terdapat pada anxietas maupun pada depresi.

Perbedaan anxietas dan depresi dikemukakan di bawah ini .

Mood.

Penderita depresi pada umumnya sedih, putus harapan, tak gembira. Walaupun mereka sering menyebut dirinya menderita anxietas, marah, cemas, tegang, akan tetapi keadaan yang menyedihkan biasanya akan terlihat pada pertanyaan yang terarah. Penderita anxietas dipihak lain, pada umumnya lebih, takut, terutama takut untuk menderita serangan panik lagi atau ketakutan terhadap stimulus yang menyebabkan fobia.

Umur

Gangguan panik biasanya dimulai pada umur 20-an, rata-rata 26 plus min 6 tahun. Sangat jarang terjadi mulai pada umur lebih 45 tahun, walaupun hal itu mungkin saja.

Pada penderita depresi mulai terjadinya biasanya diatas 30-an, akan tetapi depresi bervariasi antara 12 sampai 75 tahun. Jadi bila pada orang tua terlihat anxietas yang sangat buruk maka kemungkinan diagnosis primer depresi lebih mungkin dari pada anxietas.

Pola tidur

Penderita anxietas biasanya mengeluh sulit untuk jatuh tertidur, sedangkan penderita depresi biasanya mengeluh terbangun dini hari. Kebanyakan tidur (hipersomnia) dapat terjadi pada penderita depresi.

Gejala psikomotor

Penderita depresi sering terlihat retardasi psikomotor, dengan pembicaraan yang lambat, akan tetapi penderita depresi dapat pula terlihat agitasi. Penderita anxietas dapat terlihat cemas atau tenang, tetapi jarang menunjukkan tanda-tanda perlambatan.

Gejala lain, penderita depresi sering melaporkan sulit mengambil keputusan, hilangnya minat pada aktivitas sehari-hari. Walaupun gejala somatik dapat terjadi pada penderita depresi dan anxietas, akan tetapi nyeri kronik lebih sering pada penderita depresi.

PREVALENSI GANGGUAN CEMAS

Menurut ECA (Epidemiologik Catchment Area) Survei dari Amerika, prevalensi enam bulan dihasilkan :

Anxietas ternyata 2 kali lebih banyak pada wanita dari pada pria.

Prevalensi menurun tajam pada umur diatas 45 tahun.

Yang terbanyak adalah simpel fobia, tapi jarang memerlukan intervensi.

Prevalensi dari gangguan anxietas (tak termasuk simpel fobia) pada wanita dan pria sama banyaknya dengan gangguan afektif.

Gangguan obsesif-kompulsif ternyata sama antara pria dan wanita.

Prevalensi lifetime.

Dari hasil ECA survei dapat disimpulkan :

Gangguan anxietas dua kali lebih banyak pada wanita dari pada pria.

Penyalahgunaan alkohol/ ketergantungan alkohol 5 kali lebih banyak pada pria dari pada wanita.

Tidak ada perbedaan yang bermakna prevalensi penderita anxietas berdasarkan ras, penghasilan, pendidikan, maupun tempat tinggal

ETIOLOGI GANGGUAN ANXIETAS

Pada masa lalu gangguan anxietas dipercaya sebagai suatu keadaan yang berhubungan dengan stres, makin besar stres, makin besar anxietas yang terjadi. Dengan demikian fokus dari terapi tentunya menghilangkan stres dan konflik yang ada.

Dalam dasawarsa terakhir, fokus etiologi telah berubah, Tidak semua anxietas mempunyai hubungan dengan stres. Bukti makin kuat bahwa anxietas merupakan gangguan biologik. Gangguan ini khususnya pada vulnerabilitas genetik. Kelainan khususnya pada GABA-benzodiazepine receptor kompleks.

Riset juga tertuju pada bagian otak yang dinamakan Locus Ceruleus, suatu bagian di otak dimana stimulasi di daerah itu akan mengakibatkan perasaan cemas.

Anxietas dengan demikian merupakan penyakit yang mempunyai komponen biologik yang besar, tentunya pengobatan psikologis semata-mata kurang khasiatnya, sedangkan pengobatan farmakologik sangat bermanfaat.

Tentu saja stres dan konflik psikologis dapat memperhebat semua penyakit termasuk anxietas, akan tetapi tidak perlu adanya stres untuk terjadinya anxietas yang dasarnya biologis itu.

Akan tetapi adanya stres dapat mengakibatkan keadaan yang ada menjadi lebih buruk, dan lebih parah lagi pada gangguan anxietas itu mudah menjadi stres, atau ambang stresnya menurun. Oleh sebab itu pada setiap pengobatan eksplorasi adanya stres dan mengatasi stres merupakan bagian yang penting dalam pengobatan anxietas.

Interaksi dari tiga kekuatan

Dalam bidang psikiatri interaksi dari 3 kekuatan utama, yaitu biologik, psikologis dan sosiokultural, memberikan 3 model, yang menunjukkan bentuk dan tingkatan gangguan anxietas. Berdasarkan model biologis, gangguan anxietas adalah penyakit gangguan fisiologis yang ditentukan oleh adanya kelainan pada genetik. Sedangkan pada model psikologis lebih menekankan adanya stres dan konflik psikososial.

Model sosiokultural, lebih menekankan pada aspek kondisioning seperti pada teori belajar.

Tiap model tersebut memberikan dimensi tersendiri, akan tetapi tentu saja tidak satupun model yang dapat mencakup keseluruhan. Pada beberapa gangguan anxietas (seperti simpel fobia, gangguan penyesuaian dengan mood cemas) maka faktor psikososial dan

sosiokulturil mungkin merupakan hal yang dominan. Akan tetapi pada anxietas panik, maka faktor biologik merupakan hal yang dominan, tentu saja model holistik adalah yang terbaik, karena dapat mengakomodasi semua dimensi. Seberapa besar kontribusi setiap faktor akan berbeda antara satu pasien dengan pasien lain. Pada umumnya semakin besar faktor biologik atau genetik, makin kecil stres dibutuhkan untuk terjadinya gejala panik.

FAKTOR PSIKOSOSIAL PANDEMI COVID-19 DENGAN MUNCULNYA GANGGUAN ANSIETAS

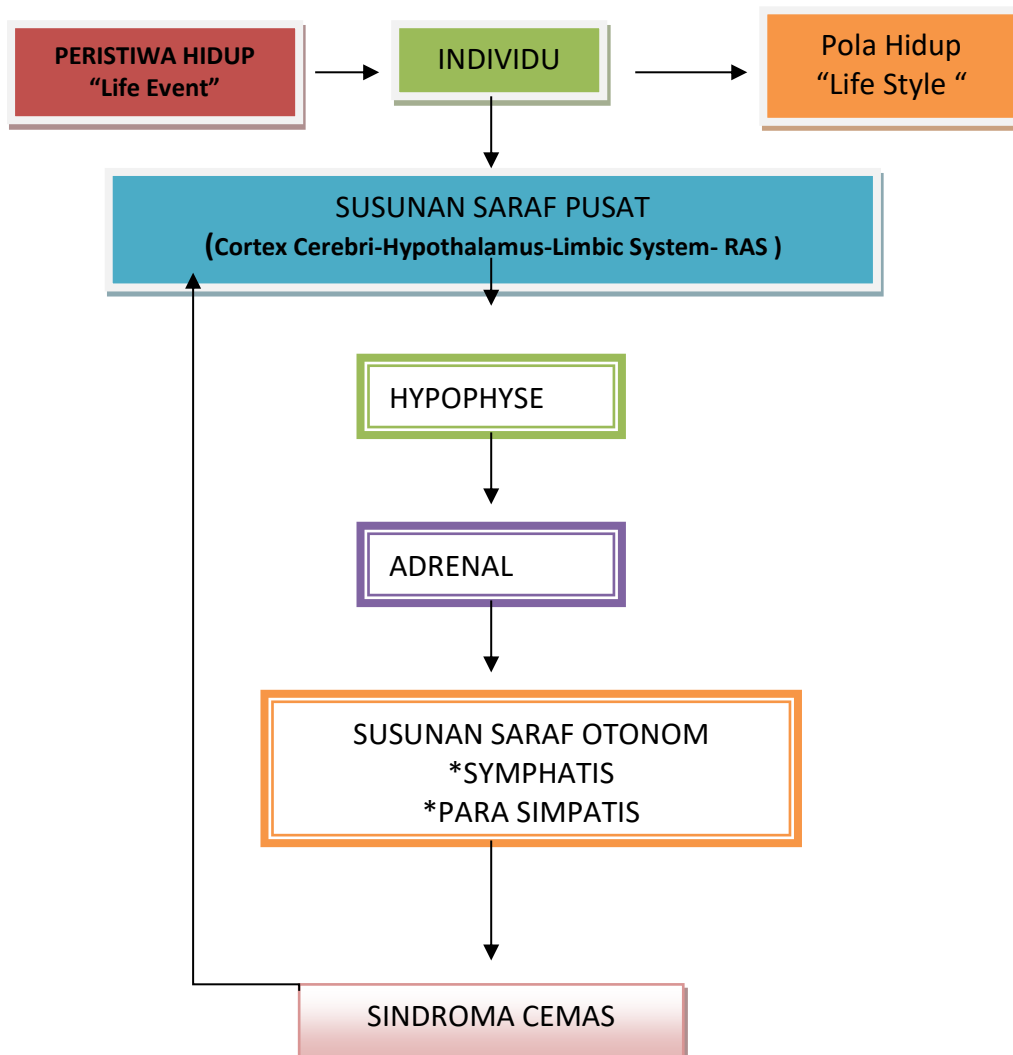
Pada awal tahun 2020, Covid-19 menjadi masalah kesehatan dunia. Kasus ini diawali dengan informasi dari World Health Organization (WHO) pada tanggal 31 Desember 2019 yang menyebutkan adanya kasus kluster pneumonia dengan etiologi yang tidak jelas di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, China. Kasus ini terus berkembang hingga akhirnya diketahui bahwa penyebab kluster pneumonia ini adalah novel coronavirus. Kasus ini terus berkembang hingga adanya laporan kematian dan terjadi importasi di luar China. Pada tanggal 30 Januari 2020, WHO menetapkan COVID-19 sebagai Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)/ Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Yang Meresahkan Dunia (KKMMD). Pada tanggal 12 Februari 2020, WHO resmi menetapkan penyakit novel coronavirus pada manusia ini dengan sebutan Coronavirus Disease (COVID-19). Virus ini menular dengan sangat cepat dan telah menyebar ke hampir semua negara, termasuk Indonesia, hanya dalam waktu beberapa bulan. Hal tersebut membuat beberapa negara menerapkan kebijakan untuk melakukan lockdown dalam rangka mencegah penyebaran virus Corona. Di Indonesia sendiri, dilakukan kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) untuk menekan penyebaran virus ini.

Pandemi Covid-19 telah menjadi salah satu krisis kesehatan utama dalam generasi saat ini. Pandemi telah mempengaruhi orang-orang dari semua bangsa, benua, ras, dan kelompok sosial ekonomi. Respons yang diperlukan, seperti karantina seluruh masyarakat, penutupan sekolah, isolasi sosial, dan tinggal di rumah, telah tiba-tiba mengubah kehidupan sehari-hari. Perubahan kehidupan sehari-hari secara drastis ini, merupakan jenis kepanikan publik yang memunculkan stres psikis. Di bawah efek lingkungan internal dan eksternal, akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan objektif dan kemampuan individu, selanjutnya menciptakan kondisi tertekan yang berusaha beradaptasi dengan lingkungan. Pada wabah ini, COVID-19 merupakan stresor kepanikan publik. Akibat ketidakpastian dan kurangnya pengetahuan mengenai COVID-19, kecepatan transmisinya yang tinggi dan bersifat menular dan ancaman yang serius pada kehidupan. COVID-19 terutama membuat populasi gelisah dan mendorong mereka ke dalam kondisi stres yang tinggi.

Pada kondisi stres, fisiologi manusia, psikologi dan perilaku akan menghasilkan tanggapan yang sesuai. Secara umum, respon psikologis terhadap kondisi stres terutama bermanifestasi pada perubahan sistem nervus otonom dan sistem endokrin. Manifestasi spesifik termasuk peningkatan pada denyut jantung, tekanan darah dan gula darah,

berdebar-debar, gangguan nafsu makan, dispepsia, gangguan tidur, nyeri kepala, nyeri di seluruh tubuh, gangguan endokrin, dan sebagainya. Perubahan perilaku yang terutama disebabkan oleh stres adalah keresahan, kurangnya atensi, menurunnya kemampuan untuk menyelesaikan masalah, lambat dalam bertindak, sering marah, perilaku memaksa (desinfeksi berlebihan dan mencuci tangan berulang kali), sering menangis, merokok, penyalahgunaan alkohol, dan sebagainya. Respon emosional yang disebabkan oleh stres terutama merupakan serangkaian pengalaman emosional yang menempatkan orang pada kondisi emosional negatif, yang jika berkepanjangan akan menyebabkan individu menjadi rentan mengalami gangguan jiwa seperti depresi, gangguan ansietas, gangguan panik, reaksi stres akut, depresi, gangguan ansietas, gangguan stres paska trauma (PTSD), gangguan penyesuaian, gangguan obsesif kompulsif, penyalahgunaan zat, eksaserbasi gangguan jiwa sebelumnya, bahkan psikosis. (Wang Y. et al, 2019)

PATOFISIOLOGI ANXIETAS



Pada dasarnya hidup manusia selalu harus berhubungan dengan lingkungan hidup, baik lingkungan alam maupun sosial budaya. Suatu kejadian dalam lingkungan (life events) dipersepsi oleh pancaindra, diberi arti dan dikoordinasi respons terhadap kejadian tersebut oleh Susunan Saraf Pusat, sesuai dengan pola hidup (life style) yang sudah tercetak dalam individu. Bila yang dipersepsi adalah “ancaman”, maka responya adalah suatu “kecemasan “.

Di dalam Susunan Saraf Pusat, proses tersebut melibatkan jalur Cortex –Cerebri – Lymbic System – RAS (Reticuler Activating System)- Hypothalamus, yang memberikan impuls kepada kelenjar Hipopise untuk men-sekresi mediator hormonal terhadap target organ kelenjar Adrenal, yang kemudian memacu Susunan Saraf Otonom (simpatis- parasimpatis), menyebabkan timbulnya sindrom cemas.

TERAPI GANGGUAN ANXIETAS

Terapi Non- Farmakologi

Berbagai terapi non- farmakologi dapat dilakukan oleh dokter untuk mengobati penderita anxietas. Cara terapi tersebut diantaranya : edukasi, psikoterapi, sosial, peri laku, kognitif.

Pendekatan edukasi

Pendekatan edukasi sangat penting untuk pasien dengan gangguan anxietas. Pasien akan merasa senang bahwa dokternya mengerti akan penyakitnya, dapat menerangkan gejala penyakitnya dan memberikan berbagai cara terapi untuknya. Dokter harus mempelajari sikap hidup pasiennya, dan memberikan saran untuk hidup menjauhi stres. Diberikan juga saran pada apa yang boleh dan dihindarkan untuk dimakan dan diminum, cukup berolah raga, dan cukup beristirahat dengan baik. Alkohol,kopi dan minuman ringan lainnya yang mengandung kopi dan derivatnya biasanya memperburuk penderita anxietas, malahan mempresitasi serangan panik. Begitu juga merokok dapat pula membuat gangguan anxietas menjadi hebat oleh pengaruh dari nikotin.

Psikoterapi

Banyak menganggap psikoterapi adalah diluar lingkup praktek kedokteran umumnya. Akan tetapi konseling masih dianggap merupakan aktivitas medik yang perlu dikerjakan. Dokter dengan sabar mendengarkan keluhan pasien, selalu memberikan semangat, dan selalu ada setiap dibutuhkan adalah merupakan aspek psikoterapi dari dokternya. Empati dari dokternya, kemampuan untuk merasakan yang dirasakan pasien, merupakan suatu yang positif bagi pasiennya, begitu juga membantu mengidentifikasi atau mengeluarkan perasaan merupakan terapi suportif. Dari segi psikoterapi, adalah sangat menguntungkan dengan hanya membiarkan pasien untuk berbicara dan kemudian secara aktif mendengarkan.

Terapi tingkah laku

Berdasarkan teori belajar, terapi tingkah laku bertujuan untuk mengubah secara spesifik tingkah laku, dalam bentuk terstruktur, orientasi tugas, dan pada umumnya pendekatan jangka pendek. Terapi tingkah laku pada umumnya berhasil pada kasus fobia dan obsesif-kompulsif. Desensitasi sistemik adalah terapi tingkah laku yang paling menonjol untuk terapi gejala anxietas. Pada teknik ini pasien dan terapist membuat skala dari situasi yang berhubungan dengan gejala anxietasnya, membuat rangking urutan dari yang paling kurang sampai yang paling menyakitkan.

Terapi kognitif

Kognitif terapi adalah pendekatan psikologis yang terbaru, hal ini berdasarkan teori bahwa pasien mengalami distress pada umumnya disebabkan distorsi yang besar dan pola pikir yang kurang tepat. Terapi kognitif membantu pasien melihat kembali sudut penglihatan yang salah dan melihat sesuatu dengan lebih positif.

Teknik ini berkhasiat untuk gejala anxietas penampilan dan pada sosial-fobia.

Intervensi sosial

Pada tahun-tahun terakhir ini, dokter dan para pekerja di bidang kesehatan mental, menyadari betapa pentingnya sistem sosial pasien dalam menimbulkan dan mempertahankan gejala seperti anxietas. Dokter umum pada umumnya, dan dokter keluarga pada khususnya telah menyadari keuntungan pengikut sertaan keluarga dalam terapi.

Dokter dapat menolong keluarga dengan cara memberikan edukasi para keluarga tentang hal ihwal anxietas, membesarkan hati keluarga dan mentoleransi perasaan campur aduk keluarga pada pasien. Bila perlu memberikan pengobatan pada keluarga pasien anxietas.

Dokter dapat menyokong keluarga pada konteks pengobatan yang sedang berlangsung.

Terapi tambahan lainnya

Terapi tambahan walaupun berguna, akan tetapi bila hanya teknik ini saja tidak dapat menyembuhkan.

Terapi teknik tambahan diantaranya : teknik relaksasi, olah raga, istirahat dan tidur yang cukup.

Teknik relaksasi

Teknik relaksasi berasal dari penelitian teknik meditasi. Pasien duduk secara tenang dan situasi santai dengan mata tertutup selama 15 sampai 20 menit dua kali sehari.

Selama konsentrasi, setiap kali menarik napas, pasien mengulangi satu kata yang simpel atau ungkapan pendek yang mempunyai arti bermakna bagi pasien.

Dalam penelitian menunjukkan bahwa bila dilakukan secara konsisten, praktik ini menunjukkan keuntungan baik fisiologis maupun psikologis.

Terapi farmakologi

Benzodiazepine

TCA (Tricyclic Antidepressant)

Keuntungan dengan Benzodiazepine

Efektif

Aman

Sedikit interaksi dengan obat lain

Profil tidur disukai

Kerugian dengan Benzodiazepine

Efek samping tak khas/ sering menyerupai gangguan psikiatri

Meningkatkan depresi pada susunan saraf pusat, bila dimakan bersama alkohol.

Mempunyai potensi untuk menyebabkan ketergantungan psikis atau fisik.

Mempunyai potesi untuk disalahgunakan.

Keuntungan dengan TCA

Potensi penyalahgunaan yang minimal

Tak ada ketergantungan fisik

Kerugian dengan TCA

Sering ada efek samping

Antikolinergik

Sedatif

Waktu kerja lambat

Overdosis berbahaya dan fatal.

SEDIAAN OBAT ANTIANXIETAS dan DOSIS ANJURAN

No	Nama Generik	Nama Dagang	Sediaan	Dosis Anjuran
1	Benzodiazepine			
1.1.	Diazepam	Lovium Mentalium Stesolid Valisanbe Valdimex Valium	Tab. 2-5 mg Tab.2-5-10 mg Tab.2-5mg Ampul 10mg/2cc Rectal tube 5mg/2,5cc 10mg/2,5cc Tab.2-5mg Tab.2-5mg Ampul 10mg/2cc Tab.2-5mg Ampul 10mg/2cc	10-30 mg/hari <10kg/bb=5mg >10kg/bb=20mg
1.2	Chlordiazepoxide	Cetabrium Tesinyl	Drg. 5-10mg Cap.5mg	15-30mg/hari 2-3x sehari

1.3	Lorazepam	Ativan Renaquil Merlopam	Tab.0,5-1-2mg Tab.1mg Tab.0,5-2mg	2-3x 1mg
1.4	Clobazam	Frisium Clobazam- DM	Tab. 10mg Tab. 10mg	2-3x 10mg
1.5	Bromazepam	Lexotan	Tab.1,5-3-6mg	3x 1,5mg.
1.6	Alprazolam	Xanax Alganax Atarax Calmlet Feprax Frixitas Alviz Zypaz	Tab.0,25-0,5-1mg Tab.0,25-0,5-1mg Tab.0,5-1mg Tab.0,25-0,5-1mg Tab.0,25-0,5-1mg Tab.0,25-0,5-1mg Tab.0,25-0,5-1mg Tab0,25-0,5-1mg	3x0,25mg
2.	Non- Benzodiazepine			
2.1	Sulpiride	Dogmatil	Cap.50mg	100-mg/hari
2.2	Buspirone	Buspar Tran-Q Xiety	Tab.10mg Tab.10mg Tab.10mg	15-30mg/hari
2.3	Hydroxyzine	Iterax	Caplet 25mg	3x25mg

GANGGUAN ANXIETAS

AGORAFOBIA (F 40.0)

Istilah “agorafobia” di sini digunakan dengan pengertian yang lebih luas daripada pengertian dahulu. Sekarang pengertiannya mencakup tidak hanya takut disuatu tempat (ruang terbuka) akan tetapi juga aspek terkait lainnya seperti situasi (banyak orang) dan keluar (menyingkir ke tempat aman, biasanya rumahnya) dari tempat dan situasi itu tak mungkin atau akan memalukan.

Dengan demikian istilah tersebut mencakup keterkaitan dan tumpang tindih antara berbagai kelompok fobia misalnya takut meninggalkan rumah,takut pergi belnja, takut tempat rami, takut ke tempat-tempat umum. Meskipun keparahan dari anxiety dan perilaku menghindar bervariasi, hal-hal tersebut merupakan kendala utama bagi penderita fobik, sebagian dari mereka menjadi terpaku di rumah, sebagian menjadi ketakutan dengan bayangan akan pingsan dan ditinggalkan tak berdaya di tempat orang banyak.

Tidak tersedianya kemungkinan untuk segera bisa keluar dari suatu lingkungan tertentu merupakan salah satu masalah penting bagi kebanyakan penderita agorafobia.

Kebanyakan penderita adalah wanita dan onset biasanya pada usia dewasa muda.

Tanpa pengobatan yang efektif, agorafobia sering kali menjadi kronis, meskipun biasanya berfluktuasi.

Pedoman diagnostik.

Semua kriteria di bawah ini harus dipenuhi untuk suatu diagnosis pasti.

- Gejala psikologis ataupun otonomik yang timbul harus merupakan manifestasi primer dari ansietas dan bukan merupakan sekunder dari adanya gejala lain seperti waham atau pikiran obsesif.
- Ansietas yang timbul harus terbatas pada (terutama terjadi dalam) sekurangnya dua dari situasi berikut ; banyak orang, tempat-tempat umum, bepergian keluar rumah, dan bepergian sendiri.
- Menghindari situasi fobik harus atau sudah merupakan gambaran yang menonjol.

Ada atau tidak adanya gangguan panik (F41.0) pada agorafobia pada banyak keadaan dapat dinyatakan dengan penggunaan karakter kelima: F40.00 tanpa gangguan panik, F40.01 dengan gangguan panik. Termasuk gangguan panik dengan agorafobia.

Pengobatan

Pendekatan non-farmakologik.

Terapi perilaku, pasien harus menghadapi secara langsung situasi yang menyebabkan fobia.

Lamanya exposure mungkin merupakan faktor yang terpenting dalam suksesnya pengobatan. Exposure yang berlangsung selama 2-3 jam lebih baik dari pada yang hanya berlangsung dalam satu jam. Juga harus seringnya mengulangi exposure untuk meningkatkan suksesnya pengobatan.

Pendekatan farmakologik

Benzodiazepine

FOBIA SOSIAL (F40.1)

Fobia sosial sering kali mulai pada usia remaja dan terpusat pada rasa takut diperhatikan oleh orang lain dalam kelompok yang relatif kecil (berlawanan dengan orang banyak), yang menjurus kepada penghindaran terhadap situasi sosial. Gambarannya dapat sangat jelas misalnya, hanya terbatas makan didepan umum, atau berbicara di tempat umum, menulis bila ada yang memperhatikan, karena perilaku tersebut mungkin memalukan atau merasa terhina. Fobia sosial biasany disertai dengan harga diri yang rendah dan takut akan kritik.

Pedoman Diagnostik.

Kriteria di bawah ini harus semuanya dipenuhi untuk suatu diagnosis pasti.

- Gejala-gejala psikologis, perilaku atau otonomik harus merupakan manifestasi primer dari ansietas dan bukan sekunder dari gejala lain seperti waham atau pikiran obsesif.
- Ansietas harus hanya terbatas atau menonjol pada situasi sosial tertentu saja.

- Penghindaran dari situasi fobik harus merupakan gambaran yang menonjol.

Pengobatan

Pendekatan non-farmakologik

Terapi perilaku, seperti exposure dan pelatihan ketrampilan (berbicara, pidato, dll)

Pendekatan Farmakologik

Beta Blocker

Benzodiazepine

FOBIA KHAS (F40.2)

Fobia khas adalah fobia yang terbatas pada situasi yang sangat spesifik seperti bila berdekatan dengan binatang tertentu, tempat tinggi, petir, kegelapan, naik pesawat, ruang tertutup, buang hajat di tempat umum, makan makanan tertentu, dokter gigi, takut melihat darah atau luka, dan takut berhubungan dengan penyakit tertentu.

Fobia khas biasanya mulai timbul pada usia kanak-kanak atau dewasa muda dan dapat menetap sampai puluhan tahun bila tidak diobati. Keseriusan dampak hendaya yang terjadi sebagai akibat gangguan yang timbul, tergantung dari kemudahan penderita untuk menghindari situasi situasi fobik itu. Berbeda dengan agorafobia, ketakutan terhadap situasi fobik di sini cenderung tidak berfluktuasi.

Pedoman Diagnostik

Semua kriteria di bawah ini harus dipenuhi untuk suatu diagnosis pasti

- Gejala psikologis atau otonomik harus merupakan manifestasi primer dari anxietas, dan bukan sekunder dari gejala-gejala lain seperti waham atau pikiran obsesif.
- Anxietas harus terbatas pada adanya objek atau situasi fobik tertentu.
- Situasi fobik tersebut sedapat mungkin dihindarinya.

Pengobatan

Pendekatan non - farmakologik

In vivo exposure secara perlahan pada situasi yang menakutkan, berdasarkan hirarki ketakutan pasien.

Pengobatan farmakologi biasanya tidak diperlukan kecuali ketakutan pada perjalanan udara.

GANGGUAN PANIK (F41.0)

Gambaran yang esensial adalah adanya serangan anxietas berat (panik) yang berulang, yang tidak terbatas pada adanya situasi tertentu ataupun suatu rangkaian kejadian (tanpa provokasi), dan karena itu tidak terduga. Seperti pada gangguan anxietas lainnya, gejala yang dominan bervariasi pada masing-masing orang, tetapi onset mendadak dalam bentuk palpitasi, nyeri dada, perasaan tercekik, pusing kepala, dan perasaan tidak riil (depersonalisasi atau derealisasi), merupakan gejala yang lazim. Juga hampir selalu secara sekunder timbul rasa takut mati, kehilangan kendali atau menjadi gila. Setiap serangan biasanya berlangsung hanya

berlangsung beberapa menit, serangan akan memuncak dalam waktu 10 menit dan kemudian biasanya mereda dalam waktu 60 menit, meskipun kadang-kadang bisa lebih lama; perjalanan penyakit dan frekuensi serangannya agak bervariasi. Seorang individu yang sedang mengalami serangan panik sering kali merasakan ketakutan yang semakin meningkat dengan disertai gejala otonomik, yang menyebabkan yang bersangkutan biasanya terburu-buru, meninggalkan tempat dimana ia sedang berada. Bila hal ini terjadi dalam situasi yang spesifik, misalnya di dalam bus atau ditengah orang banyak, untuk selanjutnya pasien akan menghindari situasi-situasi seperti itu. Demikian pula, seringkali mengalami serangan panik yang tak terduga menimbulkan ketakutan akan kesendirian atau untuk pergi ke tempat-tempat umum. Serangan panik sering kali diikuti dengan ketakutan yang menetap akan kemungkinan mengalami serangan lagi.

Pedoman Diagnostik.

Di dalam klasifikasi ini, suatu serangan panik yang terjadi pada suatu situasi fobik yang sudah ada dianggap sebagai ekpresi keparahan dari fobia tersebut. Gangguan panik baru menjadi diagnosis utama bilamana tidak diketemukan adanya salah satu gangguan fobia seperti yang tercakup dalam F40.

Untuk diagnosis pasti, beberapa serangan berat dari anxietas otonomik harus terjadi dalam periode kira-kira satu bulan.

Pada keadaan-keadaan di mana sebenarnya secara objektif tidak ada bahaya. Tidak terbatas hanya pada situasi yang telah diketahui atau yang dapat diduga sebelumnya. Dengan keadaan yang relatif bebas dari gejala anxietas dalam periode serangan-serangan panik (meskipun lazim terjadi juga anxietas antisipatorik).

PENGOBATAN

Pendekatan non-farmakologi

-Edukasi pasien.

Yang terpenting dalam edukasi pasien adalah menerangkan dalam bahasa sehari-hari tentang gangguan ini dan menyakinkan pasien bahwa pengobatan yang efektif terhadap gangguan ini ada.

-Terapi perilaku.

Terapi perilaku adalah mencegah terjadinya fobia setelah menderita serangan panik.

Pendekatan farmakologi.

Benzodiazepine.

GANGGUAN ANXIETAS MENYELURUH (F41.1)

Gambaran yang esensial dari gangguan ini adalah adanya anxietas yang menyeluruh dan menetap, kronik dan kontinu, jarang episodik, tetapi tidak terbatas pada atau hanya menonjol pada setiap keadaan tertentu saja.

Gejala yang dominan sangat bervariasi, tetapi keluhan tegang yang berkepanjangan, gemeteran, ketegangan otot, berkeringat, kepala terasa ringan, pusing kepala dan keluhan epigastrik, adalah keluhan-keluhan yang lazim dijumpai.

Ketakutan bahwa dirinya atau anggota keluarganya akan menderita sakit atau akan mengalami kecelakaan dalam waktu dekat, merupakan keluhan yang sering kali diungkapkan, bersamaan dengan berbagai kekhawatiran tentang finansial, pekerjaan, marital dan firasat lain. Gangguan ini lebih lazim terjadi pada wanita, dan sering kali berkaitan dengan adanya stres lingkungan yang kronis. Perjalanan penyakitnya bervariasi, tetapi cenderung berfluktuasi dan kronis.

Pedoman Diagnostik

Penderita harus menunjukkan gejala primer anxiety yang berlangsung hampir setiap hari selama beberapa minggu, bahkan biasanya sampai beberapa bulan. Gejala-gejala ini biasanya mencakup hal-hal berikut.

- Kecemasan masa depan (khawatir akan nasib buruk, perasaan gelisah seperti di ujung tanduk, sulit berkonsentrasi, dsb.).
- Ketegangan motorik (gelisah, sakit kepala, gemeteran, tidak dapat santai)
- Overaktivitas otonomik (kepala terasa ringan, berkeringat, takikardi, takipnea, keluhan epigastrik, pusing kepala, mulut kering dsb.).

Pengobatan

Pendekatan non-farmakologi

- Konseling dan supportif terapi
- Terapi meditasi, relaksasi
- Terapi tingkahl aku
- Terapi olah raga.

Pendekatan farmakologi

- Benzodiazepine
- Nonbenzodiazepine- anxiolitik.

GANGGUAN OBSESIF-KOMPULSIF (F42)

Ciri utama dari gangguan ini adalah adanya pikiran obsesif atau tindakan kompulsif yang berulang. (Untuk ringkasnya, "Obsesional " akan dipakai selanjutnya sebagai pengganti " obsesif-kompulsif " kalau merujuk kepada gejala). Pikiran obsesional adalah gagasan, bayangan pikiran atau impuls yang timbul dalam pikiran individu secara berulang-ulang dalam bentuk yang sama. Umumnya hal tersebut dirasakan mengganggu (karena umumnya berupa hal-hal yang bersifat kekerasan, menjijikan, kontaminasi dengan kuman, meragukan sesuatu atau merupakan hal sepele yang tak berarti) dan penderita sering kali mencoba menghilangkannya tanpa hasil. Meskipun terjadinya secara involunter dan sering kali tidak

dikehendaki, pikiran tersebut dikenali sebagai pikiran diri sendiri. Tindakan atau ritual yang kompulsif merupakan perilaku yang stereotipik, yang diulang berkali-kali.

Hal tersebut tidak menyenangkan dan tidak menghasilkan sesuatu yang bermanfaat. Biasanya, walaupun tidak selalu, individu menyadari bahwa perilaku tersebut tidak ada tujuannya atau tidak ada manfaatnya dan berulang kali untuk menentangnya; pada kasus yang sudah berlangsung sangat lama, resistensi sudah menjadi minimal. Meskipun sering kali terlihat gejala otonomik dari anxietas, bisa juga terjadi perasaan tertekan dan ketegangan psikis tanpa disertai gejala otonomik yang jelas. Ada kaitan erat antara gejala obsesional, terutama pikiran obsesional dengan depresi.

Individu dengan gangguan obsesif-kompulsif sering kali juga menunjukkan gejala depresif, dan sebaliknya pasien dengan gangguan depresif berulang (F33.) dapat mengembangkan pikiran-pikiran obsesional selama periode depresinya. Dalam situasi manapun dari keduanya, peningkatan atau penurunan keparahan gejala depresif umumnya disertai oleh perubahan sejajar dalam keparahan gejala obsesionalnya.

Gangguan obsesif-kompulsif umumnya berimbang pada laki-laki dan perempuan, dan sering dilatar belakangi oleh ciri kepribadian anankastik yang menonjol. Onset biasanya pada masa kanak atau dewasa muda. Perjalanan penyakit bervariasi dan lebih cenderung kronis bila tidak ada gejala depresif yang nyata.

Pedoman diagnosik

Untuk menegakkan diagnosis pasti, gejala-gejala obsesional atau tindakan kompulsif, atau kedua-duanya, harus ada hampir setiap hari selama sedikitnya dua minggu berturut-turut, dan merupakan sumber distress atau gangguan aktivitas.

Gejala-gejala obsesional harus memiliki ciri-ciri berikut

- Harus disadari/ dikenal sebagai pikiran atau impuls dari diri individu sendiri.
- Sedikitnya ada satu pikiran atau tindakan yang masih tidak berhasil dilawan, meskipun ada lainnya yang tidak lagi dilawan oleh pasien.
- Pikiran untuk melaksanakan tindakan tersebut di atas bukan merupakan hal yang memberi kepuasan atau kesenangan
- Pikiran, bayangan atau impuls tersebut harus merupakan pengulangan yang tidak menyenangkan.

Pengobatan

Pendekatan non-farmakologi

Terapi tingkah laku, meminta penderita untuk mengexpose dirinya pada barang yang ditakutinya, tetap berkontak dengan objek atau situasi sampai anxietasnya tersubsitusi dan mencoba untuk mencegah mengerjakan, atau paling kurang menghambat ritualnya.

Pendekatan farmakologi

- TCA, Benzodiazepine
- Anti depresant golongan SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)

GANGGUAN STRES PASCA – TRAUMA (F43.1)

Keadaan ini timbul sebagai respons yang berkepanjangan dan / atau tertunda terhadap kejadian atau situasi yang menimbulkan stres (baik singkat maupun berkepanjangan) dari yang bersifat katastrofik dan menakutkan, yang cenderung menyebabkan distress pada hampir setiap orang (misalnya musibah yang alamiah maupun yang dibuat oleh manusia sendiri, peperangan, kecelakaan berat, menyaksikan kematian yang mengerikan, menjadi korban penyiksaan, terorisme, perkosaan, incest dan kejahatan-kejahatan lain).

Faktor predisposisi seperti ciri kepribadian (misalnya kompulsif, dependent, borderline, astenik), atau adanya riwayat gangguan neurotik sebelumnya, dapat menurunkan ambang kerentanan untuk terjadinya sindrom ini atau memperberat keadaannya, akan tetapi bukan merupakan hal yang menentukan untuk terjadinya gangguan ini.

Gejala khas mencakup episode-episode di mana bayangan-bayangan kejadian traumatik tersebut terulang kembali (“ flashbacks”) atau dalam mimpi, terjadi dengan latar belakang yang menetap berupa kondisi perasaan “beku” dan penumpukan emosi, menjahui orang lain, tidak responsif terhadap lingkungannya, anhedonia, menghindari aktivitas dan situasi yang berkaitan dengan traumanya. Lazimnya ada ketakutan dan penghindaran dari hal-hal yang mengingatkannya kembali pada trauma yang dialami. Meskipun jarang, kadang-kadang bisa terjadi reaksi yang dramatik, mendadak ketakutan, panik atau agresif, yang dicetuskan oleh stimulus yang mendadak mengingatkan kembali pada trauma yang dialaminya serta reaksi asli terhadap trauma itu.

Biasanya terjadi keadaan bangkitan otonomik yang berlebih dengan kenekatan yang berlebih, mudah kaget, tertegun dan insomnia. Ansietas dan depresi lazimnya disertai dengan gejala-gejala tersebut di atas, dan ide mengenai bunuh diri juga tidak jarang.

Onset terjadi setelah terjadi trauma, dengan masa laten yang berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan (jarang sampai melampaui 6 bulan). Perjalanan keadaan ini berfluktuasi dan pada kebanyakan kasus dapat diharapkan kesembuhan. Pada sejumlah kecil pasien, perjalanan penyakitnya dapat menjadi kronis sampai beberapa tahun dan terjadi transisi menuju suatu perubahan kepribadian yang berlangsung lama.

Pedoman Diagnostik.

Gangguan ini tidak boleh secara umum didiagnosis kecuali ada bukti bahwa timbulnya dalam waktu 6 bulan dari suatu peristiwa traumatik yang luar biasa berat. Kemungkinan diagnosis masih dapat ditegakkan apabila tertundanya waktu antara terjadinya peristiwa dan onset gangguan melebihi waktu 6 bulan, asalkan manifestasi klinisnya khas dan tidak didapat suatu alternatif lain yang memungkinkan dari gangguan ini (misalnya sebagai suatu gangguan ansietas atau gangguan obsesif-kompulsif atau episode depresif)

Sebagai tambahan, bukti adanya trauma, harus selalu ada dalam ingatan, bayangan, atau mimpi mengenai peristiwa tersebut secara berulang-ulang. Sering kali terjadi penarikan

diri secara emosional, penumpukan perasaan, dan penghindaran terhadap stimulus yang mungkin mengingatkan kembali akan traumanya, akan tetapi hal ini tidak esensial untuk diagnosis.

Gangguan otonomik, gangguan suasana perasaan dan kelainan perilaku semuanya mempengaruhi diagnosis tersebut tetapi bukan merupakan hal yang terlalu penting.

Sesuatu skuele kronis terlambat setelah suatu stres yang luar biasa, misalnya yang timbul beberapa puluh tahun setelah trauma, harus diklasifikasikan dalam kategori F62.0

Pengobatan

Pendekatan Non- farmakologi

- Psikoterapi

Tujuan psikoterapi adalah membawa pasien pada keadaan dimana reaksinya ditentukan oleh keadaan masa kini, dan bukan oleh emosi yang terjadi oleh trauma sebelumnya.

Anxietas-PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) yang ringan dan baru akan bereaksi dengan baik dengan proses psikoterapi suportif dan proses mendengarkan yang empatik, hal ini sebenarnya bisa dikerjakan oleh dokter umum.

- Teknik relaksasi

- Rehabilitasi vocational

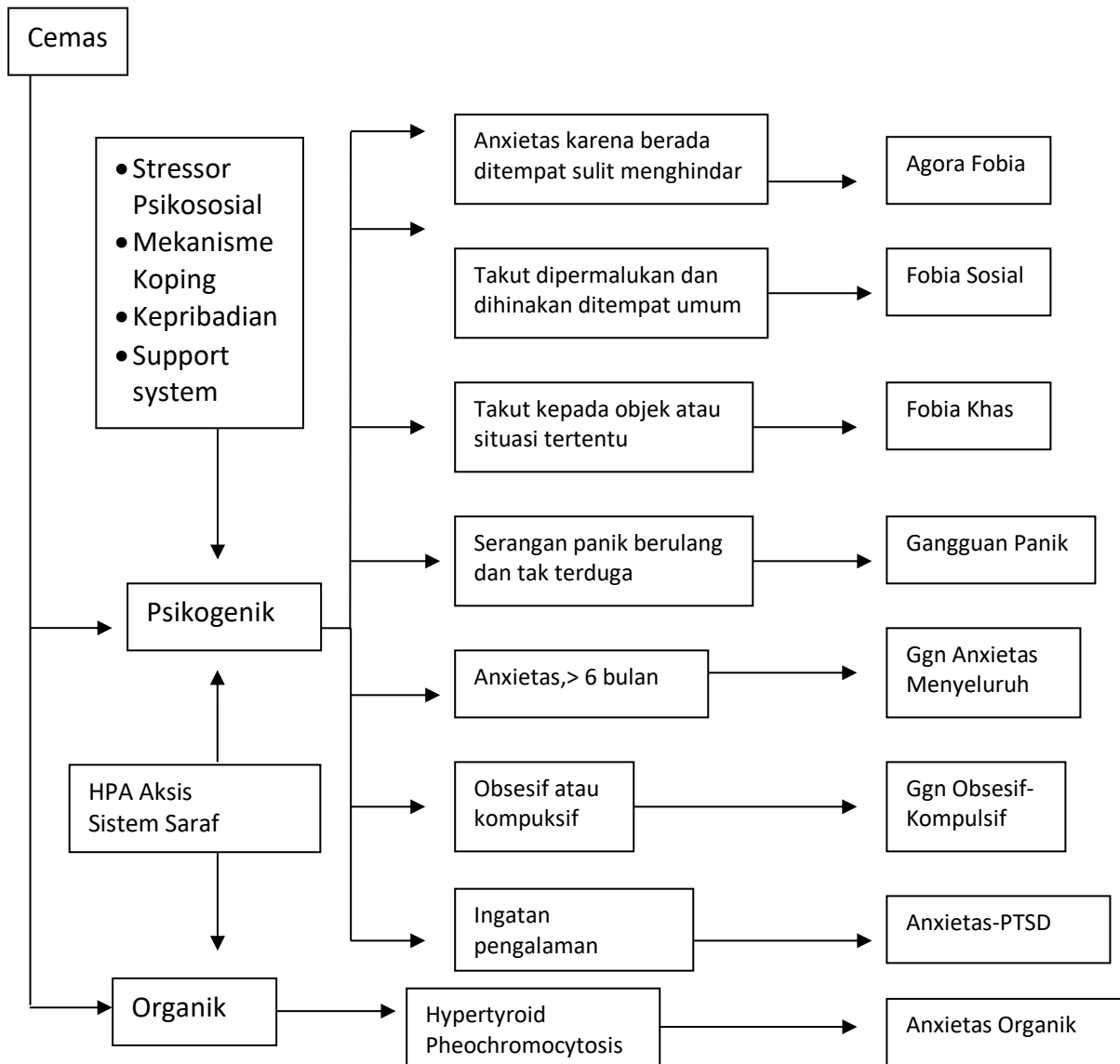
- Konseling keluarga, anggota keluarga dapat melakukan hal yang penting dalam meningkatkan rasa independent pasien dan mempermudah hubungan dan interaksi sosial.

Pendekatan farmakologi.

- TCA

- Benzodiazepine

STEP 4 : KERANGKA KONSEP



STEP 5 : LEARNING OBJECTIVE

1. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi sindrom cemas, gejala dan penyebabnya.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan berbagai gangguan anxietas, mengenai gejalanya, penyebabnya, dan penanganannya.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan faktor psikososial Pandemi Covid-19 dengan kejadian gangguan cemas
4. Mahasiswa mampu menjelaskan pengobatan secara farmakologi pada penderita dengan gangguan anxietas.
5. Mahasiswa mampu menjelaskan pengobatan secara non-farmakologi pada penderita dengan gangguan anxietas.

II. KULIAH

SASARAN PEMBELAJARAN

Mampu menjelaskan jenis, gejala, penyebab dan penatalaksanaan gangguan somatisasi, gangguan hipokondrik, disfungsi otonomik somatoform, gangguan nyeri somatoform menetap.

Topik Perkuliaan (dr. H.Jaya M Sp KJ, M.Kes)

1. Gangguan Somatisasi
2. Gangguan Hipokondrik
3. Disfungsi Otonomik Somatoform
4. Gangguan Nyeri Somatoform menetap

III. KETRAMPILAN MEDIK

REFERENSI:

1. Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI, Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)- III, di Indonesia, 1994
2. Sadock B, Sadock V, Comprehensive text-book of Psychiatry, ed ke-8, 2000
3. Kaplan HI, Sadock BJ, Mood disorders in Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis and Psychiatry, Behavior Sciences/Clinical Psychiatry, 8th edition, Lippincott William& wilkins, Baltimor, 1998 p 1289-1304
4. Stephen M. Stahl, Essential Psychopharmacology, Neuroscientific basic and Practical Applications, 2nd ed, Cambrige University Press, 2000
5. Wiener J, Duclan M, Child ad Adolescent Pschyciatry, ed ke-3, 2004
6. American Pschyciatry Association. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Wasington DC,: American Pschyciatry Association, 1994;233-155
7. Owen MJ. Nemeroff CB, Physioly and pharmacology of CRF; Farmacol Rev;1991;43;425-473.
8. Josep R. Hippocampus. Dalam Neuropsychiatry; Neuropsychology and clinical neuroscience. Emotion, Evolution, Cognition, Language, memory, Brain Damage, and Abnormal Behavior, second ed. William&Wilkins, 1996;193-216
9. Wang Y, Di Y, Ye J. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. Psychol Health Med. 2020. doi:10.1080/13548506.2020.1746817