ISBN 978-602-8905-33-6

BPKM - BLOK 5.2 SISTEM PERILAKU

Cetakan 16 - 2026

BUKU PEDOMAN KETERAMPILAN MEDIK (BPKM)

BLOK 5.2
SISTEM PERILAKU

Cetakan 16

Diterbitkan oleh :
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
CIMAHI 2026

BUKU PEDOMAN KETERAMPILAN MEDIK (BPKM)

BLOK 5.2
SISTEM PERILAKU

Penerbit
Fakultas Kedokteran Unjani
Cimahi

Diterbitkan oleh :
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
CIMAHI 2026

IDENTITAS PEMILIK

BUKU PEDOMAN KETERAMPILAN MEDIK (BPKM)

BLOK 5.2

SISTEM PERILAKU

4 x 6

Pas Photo

NAMA : .....

NIM : .....

KELOMPOK : .....

ALAMAT : .....

.....

Penerbit
Fakultas Kedokteran Unjani
Cimahi

Diterbitkan oleh :
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
CIMAHI 2026

Buku Pedoman Keterampilan Medik (BPKM)
Blok 5.2 Sistem Perilaku

Kontributor :

Dr. Hj. Arlisa Wulandari, dr. Sp.KJ., Mkes.
Kiki Puspitasari, dr., Sp.KJ,
Raden Dewi Rahmi Kusumawardhani Kusumo, dr., Sp.KJ.
Prof. H.Nizar Zainal Abidin, dr., Sp.KJ(K)
Dr. Hj. Chatidjah Satryo Wibowo, dr., Sp.KJ(K)
L.Kabul Budianto, dr., Sp.KJ(K)
Irwanto Ichlas, dr., Sp.KJ(K)
Hasrini Rowawi, dr., SpKJ(K)., MHA.
dr. Agung Hermawanto, Sp.KJ., Subsp.Ad(K)

Editor :

Jihan Amalia, dr., Sp.Rad., M.K.M.

Diterbitkan :
Fakultas Kedokteran Unjani Press
Anggota IKAPI (No. 385/Anggota Luar Biasa/JBA/2021)
Jl. Terusan Jenderal Sudirman Cimahi
Telp. 022 - 6642781
Fax 022 - 6610062

Cetakan 16

Hak cipta dipegang oleh Fakultas Kedokteran
Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi.
Dilarang mengutip, menyalin, mencetak, dan memperbanyak isi buku
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari pemegang hak.

ISBN: 978-602-8905-33-6

Perpustakaan Nasional : Katalog dalam Terbitan

HALAMAN PENGESAHAN

BUKU PEDOMAN KETERAMPILAN MEDIK

(BPKM)

BLOK 1.2
BIOMEDIK DASAR 1

Disahkan di :

Cimahi, 14 September 2026

Menyetujui	Disusun Oleh:
Ketua SKM	Ketua Blok
Fransiska Ambarukmi P., dr., M.Kes., PAK(K).	Dr. Hj. Arlisa Wulandari, dr., M.Kes., Sp.KJ.

Mengesahkan

Wakil Dekan I	Ketua Program Studi
Yudith Yunia Kusmala, dr., M.Kes., Sp.PD.	Rini Roslaeni, dr., Sp.PK., MMRS.

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI

TAHUN 2026

SAMBUTAN

Mulai tahun akademik 2007/2008, Fakultas Kedokteran Universitas Jenderal Achmad Yani telah menyepakati perubahan kurikulum untuk mencapai tujuh area kompetensi seperti yang tercantum dalam Buku Standarisasi Pendidikan Dokter dan buku Standarisasi Pendidikan Profesi Dokter yang di terbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia dengan pendekatan *SPICIES*, dengan memperhatikan kurikulum yang terintegrasi dan *student centered*.

Pendidikan Dokter dibagi dalam dua tahap, yaitu tahap pendidikan sarjana kedokteran dan tahap pendidikan profesi. Pendidikan tahap sarjana kedokteran terbagi dalam tiga subtahap, yaitu 1. menyangkut *generik education,* 2. biomedik dasar dan metode ilmiah, dan sub tahap 3. klinik terintegrasi. Pendidikan tahap sarjana terdiri dari 21 blok, yang masing-masing blok terdiri dari modul-modul. Lama setiap blok antara, 4, 6 dan 8 minggu. Pada tahap pendidikan profesi yang merupakan sub tahap 4 adalah pendidikan klinik dan komunitas. Penyusunan kurikulum setelah kerangka umumnya terbentuk dilakukan secara bertahap.

Blok 5.2 terdiri dari 3 buku, yaitu Buku Satuan Pengajaran (BSP), Buku Pedoman Praktikum (BPP) dan Buku Pedoman Keterampilan Medik (BPKM) yang telah disusun oleh pengajar dari setiap cabang ilmu yang terkait.

Pada kesempatan ini pimpinan Fakultas menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah berperan aktif, tanpa mengenal lelah menyelesaikan tugasnya, serta ucapan terimakasih khususnya kami sampaikan kepada Dr. Hj. Arlisa Wulandari, dr., M.Kes., Sp.KJ. (Ketua Blok 5.2), Jihan Amalia, dr., Sp.Rad., M.K.M. (Sekretaris 5.2) dan seluruh anggota Blok 5.2, juga seluruh dosen yang membantu kelancaran proses belajar mengajar di blok 5.2.

Tentu saja buku tersebut memerlukan perbaikan dari waktu ke waktu, oleh karena penyusunan kurikulum sifatnya dinamis.

Dekan FK UNJANI

Dr. Iis Inayati Rakhmat, dr., M.Kes.
NID 412164472

PENGANTAR

Salah satu metode pembelajaran dalam kurikulum Fakultas Kedokteran Universitas Jenderal Achmad Yani adalah ketrampilan klinis. Lulusan dokter dalam melaksanakan praktik dokter perlu menguasai ketrampilan klinis yang akan dipergunakan untuk mendiagnosis maupun menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapi. Ketrampilan klinis perlu dilatihkan sejak awal pendidikan dokter secara berkesinambungan hingga akhir pendidikan dokter.

Sebelum melakukan pelatihan mahasiswa harus memahami teori-teori yang mendukung materi pelatihan.

Tingkat pencapaian untuk ketrampilan klinik dibagi menjadi 4 tingkat kemampuan, yaitu tingkat kemampuan 1 – 4, sesuai Piramid Miller. Pada Blok Sistem Saraf dan Perilaku terdapat 10 ketrampilan klinis yang dilatih, yang diharapkan dapat mencapai tingkat kemampuan 3 sampai 4.

Pelatihan akan dipandu oleh para instruktur dan narasumber untuk masing-masing topik. Evaluasi dilakukan dengan observasi melalui daftar tilik pada saat pelatihan dan OSCE yang dilaksanakan diakhir blok.

Kami berharap panduan ini dapat membantu mahasiswa dalam berlatih ketrampilan klinis dan mencapai tingkat kemampuan yang diharapkan.

Cimahi, Oktober 2026

Ketua Blok 5.2

Dr. Hj. Arlisa Wulandari, dr., M.Kes., Sp.KJ.,

PERATURAN DAN TATA TERTIB TRAMMED

1. Mahasiswa yang dapat mengikuti Keterampilan Medik Blok Sistem Perilaku, yaitu mereka yang telah mendaftar di SBA, menyerahkan pas fotoberwarna 4 X 6 (2 buah), dan mendaftar dalam salah satu grup trammed.
2. Mahasiswa harus hadir 10 menit sebelum trammed dimulai dan tidak dapat meninggalkan ruangan sebelum waktu yang telah ditetapkan, kecuali atas izin dosen yang bertugas.
3. Bagi mahasiswa yang terlambat diberikan kelonggaran waktu maksimum 10 menit, dengan memberikan alasan kuat. Setelah lewat 10 menit pintu masuk ruangan trammed akan ditutup.
4. Pada waktu masuk ruangan tamed langsung absensi di bawah pengawasan petugas laboratorium trammed dan menyerahkan tugas sesuai dengan pokok bahasan trammed hari itu, dengan ketentuan sebagai berikut:
   - Tugas harus dikerjakan di rumah (dengan tulisan tangan pada kertas folio bergaris) dan diserahkan sebelum trammed mulai.
   - Bagi mahasaswa yang tidak menyerahkan tugas, tidak diizinkan mengikuti trammed.
5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir, harus ada pemberitahuan tertulis dari yang berwenang memberikannya.
6. Selama trammed berlangsung:
   - Mahasiswa diharuskan memakai pakaian sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Kedokteran Unjani dan jas lab yang bersih dan rapih.
   - Mahasiswa harus menempati meja sesuai dengan anggota grupnya seperti tertera di depan meja trammed masing-masing atau papan pengumuman.
   - Mahasiswa tidak boleh menaruh tas di atas meja trammed, tas dan buku-buku lain selain Buku Petunjuk Keterampilan Medik Sistem Perilaku harus dimasukkan ke dalam loker yang telah disediakan.
   - Mahasiswa dilarang ribut, makan/minum, menjalankan HP, dan merokok selama trammed berlangsung.
7. Bagi yang melanggar tatatertib ini akan dikenakan sangsi.

KONTRIBUTOR PETUNJUK TRAMMED

Dr. Hj. Arlisa Wulandari, dr., M.Kes. Sp.KJ.
Kiki Puspitasari, dr., Sp.KJ,
Raden Dewi Rahmi Kusumawardhani Kusumo, dr., Sp.KJ.
Prof. H.Nizar Zainal Abidin, dr., Sp.KJ(K)
Dr. Hj. Chatidjah Satryo Wibowo, dr., Sp.KJ(K)
L.Kabul Budianto, dr. Sp.KJ(K)
Irwanto Ichlas, dr. Sp.KJ(K)
Hasrini Rowawi, dr. SpKJ(K)., MHA.
dr. Agung Hermawanto Sp.KJ., Subsp.Ad(K)

EDITOR PETUNJUK TRAMMED

Jihan Amalia, dr., Sp.Rad., M.K.M.
Sekertaris Blok 5.2
Dosen Tetap Prodi Kedokteran Tahap Sarjana
Fakultas Kedokteran UNJANI

DAFTAR ISI

SAMBUTAN iv
PENGANTAR v
PERATURAN DAN TATA TERTIB TRAMMED vi
KONTRIBUTOR PETUNJUK TRAMMED vii
EDITOR PETUNJUK TRAMMED viii
DAFTAR ISI ix

TRAMMED KESATU : INTERVIEW/WAWANCARA PSIKIATRIK
I Tugas 1
II Tujuan Pembelajaran 1
III Pendahuluan 1
IV Referensi 11
V Narasumber 11

TRAMMED KEDUA : PEMERIKSAAN PSIKIATRIK PSIKOTIK
2.1 Tugas 12
2.2 Tujuan Pembelajaran 12
2.3 Pendahuluan 12
2.4 Pelaksanaan Trammed 15
2.5 Evaluasi 32
2.6 Hasil Pemeriksaan 35
2.7 Referensi 36
2.8 Narasumber 36

TRAMMED KETIGA : PEMERIKSAAN NON PSIKOTIK
3.1 Tugas 37
3.2 Tujuan Pembelajaran 37
3.3 Pendahuluan 37
3.4 Pelaksanaan Trammed 38
3.5 Evaluasi 58
3.6 Hasil Pemeriksaan 60
3.7 Referensi 68
3.8 Narasumber 68

TRAMMED KEEMPAT : DIAGNOSIS DAN IDENTIFIKASI MASALAH
4.1 Sasaran Belajar 69
4.2 Pendahuluan 69
4.3 Pelaksanaan Keterampilan Medik 70
4.4 Evaluasi 73
4.5 Referensi 74
4.6 Narasumber 74

KETERAMPILAN MEDIK KE- 1

POKOK BAHASAN : INTERVIEW / WAWANCARA PSIKIATRIK

TANGGAL : .....

I. Tugas

Setiap mahasiswa diwajibkan untuk melakukan interview/wawancara psikiatrik untuk mengetahui riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu serta keterangan lain yang menunjang dan melaporkannya pada saat selesai pemeriksaan.

II. Tujuan Pembelajaran

a. Tujuan Pembelajaran Umum:

Setelah menyelesaikan keterampilan klinik ini, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pemeriksaan Riwayat Psikiatrik dengan menggunakan wawancara psikiatrik

b. Tujuan Pembelajaran Khusus:

Setelah menyelesaikan keterampilan klinik ini mahsiswa diharapakan mampu:

- Melaksanakan identifikasi pasien secara benar.
- Mengidentifikasi keluhan utama secara benar.
- Mampu melaksanakan pemeriksaan riwayat penyakit sekarang dan perjalanan penyakitnya secara benar.
- Mampu melaksanakan pemeriksaan riwayat penyakit dahulu secara benar.
- Mampu melaksanakan pemeriksaan riwayat keluarga dan keterangan lain yang menunjang secara benar

III. Pendahuluan

Secara umum wawancara diartikan sebagai suatu interaksi atau suatu metoda yang menggunakan teknik verbal dan dilakukan dalam bentuk tatap muka antara

pewawancara dan yang diwawancarai, atau suatu metoda penting dalam hubungan dokter-pasien dan atau antara dokter dan yang menyertainya.

Pada umumnya wawancara dilihat lebih sebagai seni dari ilmu, walaupun demikian pengolahan secara ilmiah dapat memberikan hasil yang lebih baik lagi. Dalam hal ini ***interaksi*** dan ***bertujuan*** (***purposeful***) merupakan kata kunci.

Wawancara adalah bagian penting dari proses pemeriksaan medik pada umumnya dan pemeriksaan psikiatrik pada khususnya.

Waktu

Tidak ada ketentuan yang uniform.

Waktu yang dibutuhkan berkisar antara 20 - 50 menit dan umumnya sekitar 45 - 50 menit

- Untuk pasien psikotik atau yang mempunyai penyakit fisik tidak lebih dari 20 atau 30 menit, karena bilamana lebih lama akan melelahkan atau menambah ketegangan pasien.
- Untuk pasien yang ada dalam ruangan gawat darurat ada kalanya dibutuhkan waktu lebih lama dari 50 menit.

Dianjurkan agar perkiraan lamanya interview ini diberi tahukan kepada pasien atau pengantarnya.

Teknik Interview

Pelaksanaan

1. **Metode:** wawancara (verbal) dan pengamatan
2. **Waktu: 45 menit**

Langkah-langkah dalam interview:

3.1. Fase Pembukaan / Interview Inisial

Wawancara pasien

Fase pembukaan ini adalah juga *pertemuan yang pertama*, yang merupakan hal yang kompleks, sebab merupakan jalinan berbagai proses seperti pengungkapan diri pasien dalam situasi yang sulit baginya (situasi memohon pertolongan, kondisi mental yang

terganggu), hubungan pasien dengan lingkungannya, bagaimana tanggapan dokter terhadap dirinya, khususnya bagaimana ia ingin dilihat oleh dokternya.

Wawancara anggota keluarga atau informan lainnya

Pedoman Dasar

Temuilah lebih dahulu pasien, pengecualian dilakukan bilamana kehidupan pasien atau orang lain berada dalam keadaan bahaya

Dapatkan izin pasien untuk berbicara dengan keluarganya, pengecualian di sini ialah untuk pasien dalam keadaan koma, psikosis, anak-anak, retardasi mental atau yang mengalami disorientasi hebat.

Biasanya keluarga pasien ingin mengetahui apa yang diderita pasien, apa penyebabnya, bagaimana pengobatannya, lama sakit dan bagaimana harapan sembuhnya.

Prinsip yang digunakan dalam wawancara dengan pasien berlaku pula di sini yaitu:

- Jajagi seberapa jauh pengetahuan dan pengertian keluarga mengenai penyakit pasien
- Ikuti pedoman interview seperti yang dilakukan terhadap pasien
- Hendaklah jangan kerja sama dengan pasien melawan keluarga dan sebaliknya
- Dokter tidak untuk mengadili salah satu fihak tetapi ingin menolong kedua belah fihak secara medik psikiatrik
- Berilah sugesti dan rekomendasi yang praktis dan konstruktif yang kiranya bisa dilakukan oleh pasien dan dapat diterima dan diikuti oleh keluarga.

3.1.1. Salam

Untuk mempermudah situasi sebaiknya dokter menyongsong pasien dengan mengucapkan salam, kemudian mempersilahkan duduk dikursi yang sudah disediakan, demikian pula terhadap pengantarnya bila ada yang menyertai pasien yang jumlahnya hendaklah dibatasi tidak melebihi empat orang.

Salam perlu diucapkan untuk memudahkan permulaan pembinaan suasana interview, ucapkanlah kata-kata yang sesuai dengan bahasa komunikasi daerah, kebiasaan kebudayaan masyarakat setempat ataupun agama yang dianut pasien. Penampilan pertama dokter hendaklah dapat memberi kesan pada pasien sebagai orang yang ramah

dan siap untuk menolongnya, baik sikap, gaya gerak maupun tutur katanya, hormat, toleran, simpatik.

3.1.2. Pengembangan Rapport

Upaya dokter memantapkan dan mengembangkan rapport selama interview perlu senantiasa diingat dan dikembangkan sesuai kebutuhan situasional yang dihadapi dokter, seperti bersikap penuh pengertian dan memahami pasien, menunjukkan minat pada keluhan-keluhan pasien, menjaga kerahasiaan dari informasi yang disampaikan pasien kepada dokter pada orang-orang yang menurut pasien tidak patut mengetahuinya, menghindarkan timbulnya rasa malu dalam diri pasien.

3.1.3. Menanyakan Identitas pasien

(Nama, Umur, Alamat, Pekerjaan, Pendidikan Terakhir, Status Perkawinan, Agama)

3.2 Anamnesis

Dilakukan pendalaman wawancara untuk mendapatkan fakta-fakta yang lebih rinci dengan memberikan banyak perhatian pada riwayat-riwayat hidup dan riwayat penyakit.

3.2.1. Keluhan Utama

Ditanyakan alasan pasien berobat

3.2.2. Riwayat Penyakit Sekarang

Ditanyakan:

a. Mulai timbulnya penyakit
b. Timbul mendadak atau perlahan-lahan
c. Kemungkinan faktor pencetus
d. Apakah sedang /pernah mengalami sakit fisik sebelumnya.

Yang perlu diinterview adalah mengenai kondisi medis dan pengobatannya secara umum, khususnya mengenai penyakit berat atau

menahun yang mungkin berpengaruh pada kondisi jiwanya atau sebagai akibat dari gangguan jiwanya, misalnya penyakit malaria tropika dengan gangguan mental organik atau anoreksia nervosa pada depresi berat. Juga perlu diperiksa apakah penyakit badannya bersama gangguan jiwanya tetapi tak ada hubungannya secara patologis namun dapat menyulitkan penanggulangannya, umpamanya pengobatan psikosis menahun dengan hepatitis C yang perlu berhati-hati memberikan obat antipsikosis yang bersifat hepatotoksis.

3.2.3. Perjalanan Penyakit

Perkembangan gejala-gejala yang ada, ditanyakan apakah ada:

- **Gangguan emosi** (Apakah tampak sedih atau gembira berlebihan, mengurung diri, menolak berbicara atau bicara terlalu banyak)
- Apakah ada **perubahan dalam tingkah laku, kemampuan kerja, kemampuan bersosialisasi**.
- **Keluhan somatik/fisik** (Apakah ada keluhan fisik yang dirasakan, seperti nyeri, telinga berdenging, berdebar, keringat berlebihan, mulut kering, mudah lelah, sulit menelan?)
- **Gejala vegetatif** (Apakah ada perubahan dalam pola tidur, napsu makan, berat badan, buang air kecil, gairah seksual, menstruasi?)
- **Gangguan pikiran** (Apakah terdapat pola pikir yang aneh/tidak lazim, Apakah tingkah lakunya, bicaranya, tampilannya menjad aneh, bicara tidak nyambung?)
- **Gangguan kognisi** (Apakah ada masalah dalam konsentrasi, Apakah ada kesulitan mengingat hal-hal yang baru terjadi dan yang telah lama terjadi)
- **Gangguan dalam fungsi harian** (Apakah ada gangguan dalam melaksanakan kegiatan harian yang biasa dilakukan, Apakah ada perubahan dalam mengurus kebersihan diri, Apakah ada masalah dalam bersosialisasi dengan lingkung

3.2.4. Riwayat Penyakit Dahulu

Ditanyakan:

a. Sudah berapa kali menderita gangguan jiwa, berapa lama tiap kali sakit dan sejak kapan mengalami gangguan jiwa.
b. Pengobatan yang telah diberikan dan kepatuhan berobat
c. Penggunaan / penyalahgunaan napza

3.2.5. Riwayat Keluarga

Ditanyakan:

- Riwayat gangguan jiwa pada keluarga

3.2.6. Kondisi yang memperberat/memperingan keluhan/gejala

Misal. Kalau berangkat /di tempat kerja, hari libur, dikerumunan orang, presentasi, dll

4. Pencatatan

- Pencatatan diperlukan untuk alasan medik maupun legal. Untuk mencapai kepentingan tersebut pencatatan harus sesuai kenyataan, jelas, lengkap, sistematis dan terpelihara dengan baik.
- Perlu diusahakan agar pencatatan tidak mengurangi kesempatan dokter untuk mendengar dan mengikuti dengan teliti ucapan-ucapan pasien dan juga tidak mengganggu kelancaran wawancara.
- Sebelum akan dilaksanakan pencatatan, dokter hendaknya meminta izin pada pasien atau kepada keluarga / pengantarnya dalam hal pasien psikotik, psikopat atau retardasi mental misalnya.
- Selain itu perlu diberi jaminan bahwa segala sesuatu yang dicatat akan dirahasiakan, kecuali bilamana pasien atau yang mewakilinya tidak berkeberatan untuk tujuan tertentu yang penting misalnya untuk merujuknya kepada dokter lain dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan baginya atau bila diminta oleh fihak pengadilan.

- Penggunaan alat perekam suara bisa dipertimbangkan, karena mempunyai beberapa keuntungan seperti spontanitas pasien tidak terganggu dan data informasi dapat dimaksimalkan.

5. Penutupan

Interview pertama perlu diselesaikan dengan baik agar pasien mendapat kepuasan dan harapan yang positif, sehingga pertemuan pertama ini sudah dapat memberikan pengaruh yang terapeutik dan konstruktif.

Adapun secara teknis dapat dilakukan hal-hal sebagai berikut :

- 5 sampai 10 menit menjelang selesai interview hendaklah pasien diberi tahu batas waktu interview baginya.

  Kata-kata yang bisa digunakan misalnya : “Saya rasa cukup banyak keterangan yang saya peroleh dari anda dan saya berterima kasih atas kerja sama anda dan saya kira sudah dapat kita selesaikan untuk sementara interview ini, bila diperlukan bisa kita lanjutkan di lain waktu, akan tetapi sebelumnya silahkan bertanya bila masih ada hal-hal yang perlu anda kemukakan”.
- Apabila tidak ada lagi hal yang akan dibicarakan, berilah resume dari hasil interview dan sebaiknya beri saran yang diperlukan pasien.
- Janganlah tergesa-gesa memberikan interpretasi pada interview pertama ini tetapi bilamana diminta pasien berilah seperlunya dan dengan hati-hati.
- Bilamana masih diperlukan interiew tambahan baik bagi pasien maupun orang lain beri tahukan dengan disertai alasannya dan rencanakanlah bersama penderita atau pengantarnya.
- Mengucapkan salam penutup.

Daftar Tilik Wawancara Psikiatrik

No		Ya	Tidak
1	**PEMBUKAAN**		
1.1	a. Mengucapkan salam		
	b. Memperkenalkan diri, mempersilahkan pasien/pengantar duduk		
	c. Menunjukkan sikap dan gaya gerak yang ramah, penolong serta menunjukkan tutur kata yang hormat, toleran, simpatik		
1.2	Menanyakan identitas pasien		
	a. Nama *(Siapakah nama bapak/ibu/saudara?)*		
	b. Umur *(Berapakah umur bapak/ibu/saudara?)*		
	c. Pendidikan *(Apa pendidikan terakhir bapak/ibu/ saudara?)*		
	d. Status Perkawinan *(Apakah bapak/ibu/saudara sudah menikah ?)*		
	e. Pekerjaan *(Apa pekerjaan bapak/ibu/saudara?)*		
	f. Alamat *(Dimana alamat bapak/ibu/saudara ?)*		
	g. Agama *(Apa agama bapak/ibu/saudara ?)*		
2	**ANAMNESIS**		
2.1	Keluhan Utama		
	(Apakah ada yang bisa saya bantu? Apakah ada keluhan ?)		

2.2	Riwayat Penyakit Sekarang		
	a. Waktu terjadinya keluhan (onset) *(Sejak kapan keluhan/kelainan ini dialami ?)*		
	b. Onset mendadak atau perlahan-lahan *(Keluhan timbul mendadak atau perlahan-lahan ?)*		
	c. Faktor Presipitasi *(Apakah ada masalah sebelum timbulnya keluhan ?)*		
	d. Riwayat Penyakit Fisik *(Apakah sebelumnya ada keluhan fisik, seperti panas, kejang, kecelakaan/jatuh, pingsan, sedang berobat untuk penyakit lain, dll ?)*		
2.3	Perjalanan Penyakit		
	a. Gangguan Emosi *(Apakah ada perubahan emosi/suasana perasaan ?)*		
	b. Gangguan Perilaku *(Apakah ada perubahan dalam tingkah lakunya ?)*		
	c. Keluhan somatik/fisik *(Apakah ada keluhan fisik yang dirasakan, seperti nyeri, telinga berdenging, berdebar, keringat berlebih, mulut kering, mudah lelah, sulit menelan ?)*		
	d. Gejala vegetatif *(Apakah ada perubahan dalam pola tidur, napsu makan, berat badan, buang air kecil, gairah seksual, menstruasi ?)*		
	e. Gangguan kognisi *(Apakah ada masalah dalam konsentrasi, Apakah ada kesulitan mengingat hal-hal yang baru terjadi dan yang telah lama terjadi ?)*		

	f. Gangguan pikiran (*Apakah terdapat pola pikir yang aneh/tidak lazim, Apakah tingkah lakunya, bicaranya, tampilannya menjad aneh ?, bicara tidak nyambung?)*		
	g. Gangguan dalam fungsi harian *(Apakah ada gangguan dalam melaksanakan kegiatan harian yang biasa dilakukan, Apakah ada perubahan dalam mengurus kebersihan diri, Apakah ada masalah dalam bersosialisasi dengan lingkungan ?)*		
2.4	Riwayat Penyakit Dahulu		
	a. Riwayat Gangguan Jiwa sebelumnya *(Apakah sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa, Bila pernah, sejak kapan, berapa kali dan berobat dimana ?)*		
	b. Riwayat pengobatan *(Obat apa saja yang pernah diberikan, Apakah ada efek samping, Apakah ada riwayat penyalahgunaan obat?)*		
2.5	Riwayat Keluarga *(Apakah ada gangguan jiwa dalam keluarga ?)*		
2.6	Kondisi yang memperberat/memperingan keluhan/gejala		
3	**MEMBUAT CATATAN**		
4	**SALAM PENUTUP**		

IV. Referensi:

1. Sadock BJ, Sadock VA: *Kaplan-Sadock's Synopsis of Psychiatry-Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, 10th ed, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 1-11, 272.
2. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Pelayanan Medik: *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III*, cetakan I, 1993.
3. Manley, Myril RS: *Psychiatry Clerkship Guide*, 2nd ed., Mosby Elsevier, 2007.

V. Narasumber:

Dr. Arlisa Wulandari, dr., SpKJ., MKes

KETERAMPILAN MEDIK KE-2
POKOK BAHASA : PEMERIKSAAN PSIKIATRIK PSIKOTIK
TANGGAL : .....

2.1 Tugas

Lakukan Pemeriksaan Psikiatri terhadap "pasien" dan kemudian susun Status Psikiatrikus sesuai tanda-tanda dan gejala yang diperoleh dari "pasien".

2.2 Tujuan Pembelajaran

a. Tujuan pembelajaran umum :

Mahasiswa diharapkan mampu melakukan :

(1). Pemeriksaan kondisi / keadaan jiwa seseorang

(2). Penyusunan status mental / psikiatrikus seseorang

b. Tujuan Pembelajaran Khusus:

Setelah menyelesaikan keterampilan klinik ini mahasiswa diharapkanmampu:

(1). Melakukan persiapan pemeriksaan psikiatri psikotik

(2). Melakukan penggalian terhadap tanda dan gejala gangguan jiwa

(3). Mengenali tanda dan gejala gangguan jiwa secara benar

(4). Menyusun status psikiatrikus berdasarkan tanda dan gejala yangdidapat

2.3 Pendahuluan

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

Model Hubungan Dokter-Pasien

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

Model aktif-pasif (*active-pasive models*)

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

Model guru dan siswa (*teacher-student model*)

Di mana dominasi dokter ditekankan, sedang peran pasien adalah ketergantungan dan penerimaan. Model ini sering terlihat saat pemulihan pasien dari pembedahan. Model peran serta saling menguntungkan (*mutual participation model*) Menyatakan persamaan antara dokter dan pasien, didasarkan pada model saling menguntungkan. Peran serta aktif diperlukan pada pengobatan penyakit kronis tertentu seperti gagal ginjal dan diabetes.

Model persahabatan (*friendship model*)

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

Teknik Wawancara

1. **Mendapatkan Rapport**

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

2. **Memulai Wawancara**

   Dokter harus mengetahui nama pasiennya dan pasien mengetahui nama dokternya. Pasien mempunyai hak untuk mengetahui posisinya dan status profesional orang yang terlibat dalam perawatannya. Setelah memperkenalkan diri dan melakukan pemeriksaan awal lainnya, ucapan awal yang berguna dan tepat adalah, "Dapatkah anda menceritakan mengenai masalah yang anda hadapi"

3. Wawancara

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

a. Refleksi : dokter mengulangi sesuatu yang telah dikatakan pasien (dengan cara suportif). Misalnya : "Tampaknya anda risau menjadi beban bagi keluarga anda"
b. Fasilitasi : dokter membantu pasien melanjutkan wawancara dengan memberikan isyarat verbal maupun nonverbal yang mendorong pasien untuk terus berbicara.
c. Keheningan : dapat memungkinkan pasien untuk merenung, menangis, atau hanya duduk dalam lingkungan yang menerima dan suportif.
d. Konfrontasi : adalah alat untuk menunjukkan kepada pasien bahwa dokter tidak menganggap pasien tidak memberikan perhatian, atau merupakan suatu cara untuk menyangkal. Misalnya, seorang pasien yang baru saja menunjukkan usaha bunuh diri tetapi mengatakan kepada dokter bahwa hal tersebut tidak serius dapat dihadapkan dengan pernyataan, "Apa yang Anda lakukan mungkin tidak membunuh anda, tetapi anda mengatakan kepada saya bahwa Anda berada dalam masalah yang serius dan anda membutuhkan pertolongan sehingga anda tidak mencoba bunuh diri lagi".
e. Kejelasan (clarification) : berusaha untuk mendapatkan perincian dari pasien mengenai apa yang baru saja dikatakan pasiennya. Misalnya, "Anda merasa tertekan. Kapankah Anda merasa paling tertekan?"
f. Interpretasi : paling sering digunakan untuk menyatakan sesuatu mengenai perilaku atau pikiran yang mungkin tidak disadari oleh pasien. Contoh, "Saat anda bercerita bagaimana marahnya anda karena keluarga tidak mendukung, saya berpikir anda juga mengatakan kepada saya betapa cemasnya anda kalau saya tidak membantu anda juga. Bagaimana menurut anda ?"

g. Penjelasan : dokter menjelaskan rencana pengobatan kepada pasien dalam bahasa yang mudah untuk dimengerti dan membiarkan pasien berespon dan bertanya.
h. Dorongan positif (positive reinforcement) : memungkinkan pasien merasa nyaman dalam menceritakan segalanya kepada dokter, bahkan mengenai hal-hal tertentu seperti kepatuhan terhadap pengobatan. Misalnya, "Saya menghargai anda bercerita mengenai masalah pengobatan? Semakin banyak yang saya ketahui tentang apa yang terjadi dengan anda, semakin baik saya akan mengobati anda dengan cara yang anda rasakan nyaman".
i. Menentramkan hati (reassurance) : Menentramkan hati pasien secara jujur dapat menyebabkan meningkatnya kepercayaan dan kepatuhan dan dapat dialami sebagai respon empatik dari dokter. Sebagai contoh, seorang pasien dengan penyakit terminal bertanya : "Apakah saya akan menjadi sehat, dokter ?" Dokter menjawab: "Saya akan melakukan segala sesuatu yang dapat saya lakukan untuk membuat anda merasa senyaman mungkin, dan Anda perlu mengetahui sebanyak yang saya ketahui mengenai apa yang terjadi pada anda.".
j. Nasehat : agar efektif dan bersifat empatik, nasehat dokter kepada pasien diberikan setelah pasien dibiarkan bicara bebas mengungkapkan masalahnya sehingga dokter mempunyai dasar yang adekuat untuk membuat saran-saran. Memberikan nasehat terlalu cepat dapat menyebabkan pasien merasa dokter tidak sungguh-sungguh mendengarkan. Sebagai contoh: Pasien menyatakan "Saya tidak dapat menggunakan obat-obatan ini, hal ini membosankan saya". Dan dokter menjawab; "Baik, saya pikir anda lebih baik menghentikannya, dan saya akan mulai memberikan anda obat yang baru". (Nasehat yang terlalu cepat diberikan). Jawaban yang lebih tepat adalah : "Saya menyesal mendengarnya. Ceritakan mengapa pengobatan ini membosankan anda, sehingga saya mempunyai gagasan yang lebih baik mengenai apa yang dapat kita lakukan untuk membuat anda merasa lebih nyaman".

4. **Mengakhiri wawancara :**
Dalam mengakhiri wawancara, dokter harus :
- Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan membiarkan pasien mengetahui sebanyak mungkin mengenai rencana masa depan
- Mengucapkan terima kasih atas informasi yang diperlukan dan memberitahu bahwa informasi yang disampaikan sangat membantu dalam memperjelas langkah selanjutnya
- Menjelaskan tiap peresepan obat secara singkat dan jelas
- Membuat perjanjian lain atau memberikan rujukan dan beberapa petunjuk bagaimana pasien dapat mencari pertolongan secepatnya jika diperlukan sebelum waktu perjanjian selanjutnya.

Pemeriksaan psikiatrik lengkap berbeda dengan pemeriksaan medik umum, dalam hal perhatian khusus yang diarahkan pada manifestasi fungsi mental, emosional, dan perilaku. Pemeriksaan dilakukan untuk menyusun laporan keadaan psikologik dan psikopatologik pasien (status psikiatrikus).

Kerangka umum pemeriksaan lengkap terdiri atas:

1. Pemeriksaan tidak langsung (*indirect examination*)
    a) Anamnesis-keluhan tentang gangguan sekarang dan laporan pasien mengenai perkembangan keluhannya itu, serta riwayat situasi hidup pasien.
    b) Keterangan mengenai pasien yang diperoleh dari pihak keluarga atau orang lain yang mengenalnya.
2. Pemeriksaan langsung (*direct examination*)
    a) Pemeriksaan fisik terutama status fisik dan neurologis

b) Pemeriksan khusus psikiatrikus

i. Penampilam umum

ii. Mood dan Afek

iii. Pikiran

iv. Motorik/perilaku

3. Pemeriksaan tambahan , yang dilakukan apabila ada alasan khusu untuk melaksanakan pemeriksaan itu seperti uji psikologik, EEG, foto thorax, *CT Scan*, pemeriksaan darah dan lain-lain.

Pemeriksaan status mental merupakan gambaran keseluruhan tentang pasien yang didapat dari hasil observasi pemeriksa dan kesan yang dimunculkan oleh pasien saat wawancara. Status mental pasien dapat berubah-ubah dari hari kehari bahkan dari jam ke jam. Bagian yang diperiksa meliputi penampilan, pembicaraan, perilaku, pemikiran pasien yang tampak selama berlangsungnya wawancara dan pemeriksaan psikiatrik. Walaupun pada situasi pasien tidak berbicara, inkoheren, atau menolak untuk menjawab pertanyaan, pemeriksa tetap mendapatkan informasi yang memadai melalui observasi yang cermat

2.4 PELAKSANAAN KETERAMPILAN MEDIK PEMERIKSAAN PSIKIATRI

2.4.1 Metode : **Observasi (Pengamatan), Interview (wawancara) dan Pemeriksaan.**

2.4.2 Tujuan : Melakukan Pemeriksaan Psikiatri psikotik yang benar.

2.4.3 Teori:

(1). Pemeriksaan psikiatri pada dasarnya adalah membuat laporan pemeriksaan keadaan jiwa seseorang, yaitu **gangguan-gangguan fungsi jiwa** yang meliputi gangguan fungsi intelegensi, mood dan afek, sikap dan perilaku-psikomotor, atensi, pikiran, persepsi,memori dan penilaian/tilikan/judment

(2). Tujuan pemeriksaan keadaan jiwa, pada umumnya adalah untuk mendapatkan satu atau lebih hal-hal dibawah ini, yaitu :

a. Menemukan dan menilai gangguan jiwa yang ada, yang akan dipakai sebagai), dasar **pembuatan / penyusunan diagnosis** (diagnosis banding dan/ diagnosis kerja) serta menentukan tingkat gangguan serta pengobatannya dan selanjutnya penafsiran terhadap prognosis nya.

b. Menggambarkan **struktur kepribadian** yang mungkin dapat menerangkan riwayat dan perkembangan gangguan jiwa yang terdapat.

c. Menilai kemampuan dan kemauan pasien dalam berpartisipasisecara wajar dalam **upaya pengobatan.**

(3). Laporan pemeriksaan keadaan jiwa tersebut seyogyanya didahului dengan catatan-catatan mengenai : (lihat bab tentang Interview/Wawancara Psikiatri)

I.Identitas pasien :

nama, umur, jenis kelamin, suku-bangsa/latar belakang budaya, status

sipil, pekerjaan dan alamat tempat tinggal.

II. **Keluhan utama :** keluhan yang membawa pasien datang berobat (menurut pasien dan/atau keluarganya) menyatakan mengapa ia telah datang atau dibawa untuk mendapatkan bantuan. Contoh : “Saya merasa sangat tertekan dan berpikir tentang membunuh diri saya sendiri”. “Saya tidak sakit, dialah yang gila”. Pasien membisu. Marah-marah, Bicara Sendiri, mengamuk .

III. **Riwayat Penyakit Sekarang** : Riwayat penyakit sekarang memberikan gambaran lengkap dan kronologis tentang peristiwa yang menyebabkan kejadian sekarang ini dalam kehidupan pasien. Hal-hal yang harus tertuang dalam riwayat gangguan sekarang : onset episode terakhir, peristiwa pencetus langsung atau pemicu, perubahan perilaku pasien, perkembangan gejala pasien, peristiwa pencetus dimasa lalu yang merupakan bagian dari rantai yang menyebabkan peristiwa sekarang, pengaruhnya terhadap aktivitas kehidupan, sifat dari disfungsi (misalnya, perincian tentang perubahan faktor-faktor tertentu, seperti kepribadian, ingatan, bicara. Bila terdapat gejala psikofisiologi, harus dijelaskan lokasi, intensitas, dan fluktuasinya. Bila daya nilai realitas pasien terganggu, informasi mengenai riwayat gangguan sekarang diperoleh dari anggota keluarga atau sumber lain (alloanamnesis).

IV. **Riwayat Sebelumnya**

a. Riwayat Penyakit Sebelumnya

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

b. Riwayat Medik Sebelumnya

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

c. Riwayat Penggunaan alkohol atau zat lainnya

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

V. **Riwayat Pribadi**

a. Riwayat Pranatal dan Perinatal

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

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

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

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

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

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

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

e. Masa Dewasa

- Riwayat Pekerjaan : menggambarkan pilihan pekerjaan pasien, konflik yang berhubungan dengan pekerjaan, ambisi serta tujuan jangka panjang, juga perasaan pasien tentang pekerjaannya sekarang.
- Riwayat Perkawinan dan Persahabatan : menggambarkan usia saat perkawinan, permasalahan rumah tangga, kualitas hubungan seksual, serta bagaimana pasien melihat pasangannya. Juga hubungan persahabatan dengan seseorang dengan periode waktu yang lama.
- Riwayat Ketentaraan : menggambarkan tentang penyesuaian umum pasien terhadap ketentaraan, apakah mereka melihat peperangan atau menderita suatu cidera.
- Riwayat Pendidikan : gambaran tentang latar belakang pendidikan pasien.
- Keagamaan : latar belakang keagamaan orang tua, sikap keluarga terhadap aturan agama, konflik tentang pendidikan agama anak, aktivitas keagamaan pasien serta perkumpulan yang diikuti.
- Aktivitas sosial : menggambarkan kehidupan sosial pasien dan sifat persahabatan. Situasi Hidup Sekarang : menggambarkan dimana pasien

tinggal, jumlah anggota keluarga, jumlah kamar, dan susunan tempat tidur. Juga sumber penghasilan keluarga dan kesulitan keuangan.

- Riwayat Hukum : apakah pasien pernah ditangkap?. Dengan sebab apa?. Riwayat penyerangan atau kekerasan dan lain-lain.

f. Riwayat Psikoseksual

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

g. Riwayat Keluarga

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

h. Mimpi, Khayalan, nilai hidup

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

(4) Sumber Informasi : sumber informasi mengenai keadaan jiwa seorang pasien sebagian besar harus berdasarkan penilaian pemeriksaan sendiri melalui kontak langsung dengan pasien, ataupun dari sumber lain, misalnya **laporan dari perawatnya** atau **observasi pemeriksa** sendiri diruangan atau tempat lain, ataupun dari **hetero- anamnesa** yang dapat dipercaya.

(5) Pemeriksaan Status psikiatrikus merupakan gambaran keseluruhan tentang pasien yang didapat dari hasil observasi pemeriksa dan **selanjutnya dengan tehnik wawancara kemudian dilakukan pemeriksaan secara bertahap.** ***Observasi dilaksanakan*** secara objektif dan tidak direka-reka (apa yang dilihat dan didengar, bukan yang dipikirkan dan diduga olehpemeriksa), yaitu tentang:

Sikap pasien terhadap pemeriksanya :

Sebaiknya sikap ini dinilai dengan mengingat akan latar belakang kebudayaaan, adat istiadat serta kebiasaan si pasien dengan kemungkinan :

- **kooperatif** : ada kerjasama dan partisipasi.
- **Tidak kooperatif** : acuh tak acuh, menolak, marah-marah, curiga, pasif atauragu-ragu.
- **Ambivalen** : sikap yag berubah-ubah, yaitu pada suatu waktu positif dan pada waktu lain, negatif.
- **Netral :** tidak terlihat reaksi emosional tertentu.
- **Tidak dapat dinilai/diketahui** : seperti pada pasien dengan stupor dan mutisme.

Roman Muka pasien :

Roman muka (ekspresi wajah, mimik, atau facies) merupakan salah satu parameter utama yang diamati pada aspek Penampilan Umum dan Afek. Observasi roman muka memberikan petunjuk klinis mengenai kondisi emosional subjektif, responsivitas afektif, hingga kemungkinan gangguan psikiatri atau neurologis.

Berikut adalah jenis-jenis roman muka yang sering dijumpai dalam evaluasi psikiatri:

- Roman Muka Datar / Tumpul (Flat / Blunted Facies)
  Ciri Klinis: Ekspresi wajah sangat minim atau hampir tidak berubah sama sekali (fixed facial expression), mimik wajah kaku, dan monoton.
  Kondisi Terkait: Gejala negatif skizofrenia, episode depresi berat dengan retardasi psikomotor, atau depresi psikotik.
- Roman Muka Depresif / Murung
  Ciri Klinis: Wajah tampak murung, sudut bibir melengkung ke bawah, tatapan mata sayu/layu, serta dahi berkerut (sering menampilkan lipatan vertikal atau Omega sign).
  Kondisi Terkait: Gangguan Depresi Mayor, Melankolia, atau Gangguan Penyesuaian dengan afek depresif.
- Roman Muka Tegang / Cemas
  Ciri Klinis: Dahi berkerut tegang, mata terbuka lebar atau sering berkedip, pupil dapat terlihat melebar (midriasis), dan pandangan gelisah melihat sekeliling.
  Kondisi Terkait: Gangguan Cemas Menyeluruh (GAD), Serangan Panik, atau Fobia.
- Roman Muka Curiga / Waswas (Suspicious / Guarded Facies)
  Ciri Klinis: Tatapan mata tajam, dahi berkerut, mata menyipit atau melirik ke kanan-kiri secara tidak percaya, serta memperhatikan gerak-gerik pemeriksa secara berlebihan.
  Kondisi Terkait: Skizofrenia Paranoid, Gangguan Waham Menetap, atau Mania dengan waham persekutorik.
- Roman Muka Euforia / Mania (Elated / Manic Facies)
  Ciri Klinis: Ekspresi sangat gembira, senyum meluap-luap, mata berbinar-binar, kadang disertai tawa atau menyeringai yang berlebihan dan mudah berubah (labil).
  Kondisi Terkait: Gangguan Bipolar Episode Mania atau Hipomania.
- Roman Muka Topeng (Mask-like Facies / Hypomimia)
  Ciri Klinis: Wajah seperti topeng kaku, penurunan frekuensi kedipan mata (decreased blinking), dan ketiadaan ekspresi emosional spontan.
  Kondisi Terkait: Penyakit Parkinson, Demensia, atau efek samping ekstrapiramidal (EPS) akibat antipsikotika tipikal.
- Roman Muka Bingung / Terpaku (Confused / Perplexed / Dazed Facies)
  Ciri Klinis: Tatapan mata kosong, dahi berkerut seolah tidak memahami situasi sekeliling, dan tampak terperanjat atau linglung (daze).
  Kondisi Terkait: Delirium, Ensefalopati Organik, Stupor Disosiatif, atau Reaksi Stres Akut.
- Roman Muka Menyeringai (Grimacing Facies)
  Ciri Klinis: Ekspresi wajah bertentangan dengan topik yang dibicarakan (misalnya tersenyum atau tertawa saat menceritakan hal traumatis) atau adanya gerakan wajah aneh/menyeringai spontan (grimacing).
  Kondisi Terkait: Skizofrenia Hebefernik
- Roman Muka Apatis (Apathetic Facies)
  Ciri Klinis: Wajah tidak menunjukkan ketertarikan pada lingkungan sekeliling, tatapan tidak acuh, dan kurang respon emosional terhadap stimulasi.
  Kondisi Terkait: Neurastenia, Skizofrenia Residual, Demensia, atau Sindrom Defisit Kognitif

Dekorum :

Penilaian Dekorum (Decorum Assessment) dalam pemeriksaan psikiatri dan status mental (Mental Status Examination / MSE) adalah evaluasi terhadap kepatutan,

kesopanan, tata krama, dan kesesuaian perilaku sosial pasien terhadap norma-norma budaya, sosial, serta situasi klinis yang sedang berlangsung

Perilaku dan aktivitas motor

Penilaian Perilaku dan Aktivitas Psikomotor (Assessment of Behavior and Psychomotor Activity) merupakan salah satu komponen utama dalam Pemeriksaan Status Mental (Mental Status Examination) Evaluasi ini menilai gerakan tubuh, gaya berjalan, ekspresi non-verbal, responsivitas motorik, hingga adanya gerakan abnormal atau tidak terkontrol selama wawancara psikiatri berlangsung

- Agitasi Psikomotor: Kegelisahan motorik ekstrem yang dipicu oleh ketegangan emosional internal, ditandai dengan ketidakmampuan untuk duduk tenang, meremas tangan, atau berjalan bolak-balik (pacing).
- Retardasi Psikomotor: Perlambatan fisik dan mental yang menyeluruh, seperti gerakan tubuh yang sangat lambat, postur membungkuk, dan keterlambatan respons. Khas ditemukan pada depresi berat/melankolia.
- Perilaku Katatonik: Gangguan motorik berat yang meliputi stupor (diam mematung tanpa respons), rigiditas (postur kaku), waxy flexibility (mempertahankan posisi tubuh yang dibentuk pemeriksa), negatisme, atau ekopraksia (menirukan gerakan orang lain).
- Gerakan Abnormal & Involuntar:
    - Manerisme: Gerakan fisik unik dan khas pasien yang dilakukan secara aneh atau berlebihan.
    - Gerakan Stereotipik: Gerakan motorik berulang tanpa tujuan yang jelas (misalnya mengayunkan tubuh).
    - Tiks & Tremor: Gerakan atau ketegangan otot involunter yang muncul mendadak.
    - Akatisia & Ekstrapramidal (EPS): Perasaan gelisah motorik (motor restlessness) atau kekakuan otot akibat efek samping obat antipsikotik.
    - Tardive Dyskinesia : Gerakan involuntar berulang pada wajah, bibir, dan lidah (seperti menyeringai atau menjulurkan lidah) akibat kronisitas penggunaan antipsikotik tipikal
- Perilaku Impulsif (Impulsivity): Ketidakmampuan untuk menghentikan inisiasi tindakan (inability to stop initiating actions), seperti ledakan kemarahan (verbal/physical aggression), perilaku merusak, atau tindakan berisiko
- Perilaku Disorganisasi Gross (*Grossly Disorganized Behavior*): Perilaku aneh yang tidak sesuai konteks, seperti tertawa/menyeringai sendiri tanpa pemicu (*inappropriate grins/giggles*), atau bergumam sendiri (*muttering*) sebagai respons terhadap halusinasi auditorik.

  Grimis/grimace : mimik yang aneh dan berulang-ulang
    - **Ekhopraxia :** langsung meniru pergerakan orang lain pada saat dilihatnya
    - **Automatisme perintah (command automatism):** menuruti semua perintah yang diberikan secara otomatis, tanpa memikir dahulu.
    - **Automatisme :** berbuat sesuatu secara otomatis, sebagai ekspresi simbolik aktivitas
    - **Kataplexia :** tonus otot menghilang dengan mendadak dan

sejenak , timbul kelemahan umum dengan atau tanpa turunnya kesadaran , yang dapat diakibatkan oleh pelbagai keadaan emosional.

- **Atasia-Abasia** : tidak dapat duduk, berdiri dan berjalan, akibat suatu konflik emosional

Pembicaraan

Dalam Pemeriksaan Status Mental (Mental Status Examination / MSE), **penilaian pembicaraan (speech assessment)** merupakan komponen penting yang mengamati kuantitas, kecepatan, volume, artikulasi, serta kelancaran produksi bicara pasien selama proses wawancara psikiatri berlangsung.
Pemeriksaan ini memberikan gambaran langsung mengenai fungsi kognitif, dinamika proses pikir, serta tingkat aktivitas psikomotorik dan emosional pasien

Kuantitas Bicara (*Quantity of Speech*)
Menilai jumlah atau produktivitas kata-kata yang diucapkan pasien

- **Banyak Bicara / Logorea (Logorrhea)**: Pembicaraan yang sangat melimpah, cepat, bertalian, dan terus-menerus.
- **Kemiskinan Bicara / Alogia (Poverty of Speech / Reduced Speech)**: Pembatasan kuantitas bicara di mana pasien hanya merespons singkat dengan sedikit kata, sedikit penjelasan, atau jawaban non-verbal terbatas
- **Mutisme**: Penolakan total atau ketidakmampuan untuk berbicara sama sekali

Kecepatan & Laju Bicara (Rate / Pace of Speech)
Menilai tempo produksi pembicaraan pasien:

- **Bicara Tertekan (Pressured Speech)**: Pembicaraan yang sangat cepat, keras, mendesak, melimpah, dan sangat sulit diinterupsi (sangat khas pada episode mania).
- **Bicara Lambat (Slowed Speech / Latency)**: Pembicaraan yang lambat dengan jeda respons yang memanjang di antara pertanyaan dan jawaban (khas pada depresi berat atau retardasi psikomotor).

Volume & Kualitas Suara (Volume & Quality)

Menilai kekuatan intensitas suara dan intonasi artikulasi:

- **Volume Suara**: Dapat digambarkan sebagai keras (loud/boisterous), wajar, sangat pelan, atau berbisik (low/whispered speech).
- **Disprosodi**: Gangguan pada irama, dinamika, dan intonasi bicara sehingga suara terdengar monoton atau tidak alami.
- **Artikulasi & Kelancaran**: Kejelasan pengucapan kata, ada/tidaknya gagap, atau disartria.

Arus & Kontinuitas Bicara (Flow & Continuity)
Menilai bagaimana kata-kata dan gagasan dirangkai dalam pembicaraan:

- **Loncat Gagasan (Flight of Ideas)**: Pembicaraan dengan kata-kata cepat di mana terdapat loncatan berulang dari satu ide ke ide lain, tetapi masih ada keterkaitan kata atau dipicu stimulus lingkungan.
- **Asosiasi Longgar (Loose Association)**: Pergeseran gagasan dari satu subjek ke subjek lain yang tidak saling berhubungan secara logis.
- **Inkoherensi**: Bentuk pembicaraan yang sangat kacau, terpecah-pecah, dan tidak dapat dipahami (word salad).
- **Terhambat Mendadak (Blocking in Speech)**: Terputusnya alur pembicaraan atau pikiran secara tiba-tiba di tengah kalimat tanpa sebab luar.

(2). Emosi (Mood dan Afek)

Penilaian emosi dalam Pemeriksaan Status Mental (*Mental Status Examination* / MSE) berfokus pada dua komponen utama: Mood (suasana perasaan internal subjektif) dan Afek (ekspresi emosional objektif yang tampak).

Evaluasi emosi bertujuan untuk menilai dinamika perasaan pasien, derajat kestabilan emosi, serta keserasian antara apa yang dirasakan pasien dengan apa yang diekspresikan

- **Mood** (Suasana Perasaan Subjektif): Mood adalah emosi yang meresap, bertahan lama, dan secara konstan mewarnai persepsi serta pengalaman individu terhadap dunianya. Mood merupakan gambaran internal yang dilaporkan secara subjektif oleh pasien. Hal ini mungkin sesuai, tatapi ada kalanya tak sesuai dengan isi bicara, misal kelihatan sedih dan mau menangis, namun dikatakannya bahwa ia tak sedih. dan diibaratkan sebagai "iklim" emosional pasien.

a. Mood Eutimik (Euthymic Mood) Suasana perasaan berada dalam rentang normal, stabil, tenang, serta tidak didominasi oleh kesedihan berat maupun kegembiraan berlebihan.

b. Mood Depresif (Depressed Mood) Perasaan sedih mendalam, murung, rasa hampa, merasa tidak berguna, atau putus asa yang berlangsung persisten. Mood depresif merupakan salah satu kriteria diagnosis utama episode depresi mayor.

c. Mood Euforik / Elasi (Elevated / Expansive Mood) Suasana perasaan yang sangat meningkat, gembira meluap-luap, bersemangat tinggi, atau merasa sangat bahagia melebihi batas wajar. Jenis mood ini sangat khas ditemukan pada episode mania atau hipomania.

d. Mood Iritabel (Irritable Mood) Suasana perasaan yang ditandai dengan sifat mudah marah, tegang, sangat sensitif, atau gampang tersinggung oleh pemicu/rangsangan kecil.

e. Mood Disforik (Dysphoric Mood) Perasaan tidak menyenangkan, gundah, tertekan, atau tidak nyaman yang menyelimuti suasana hati pasien.

f. Mood Cemas / Anxietas (Anxious Mood) Perasaan khawatir berlebihan, takut akan masa depan, tegang, atau merasa terus-menerus cemas (free-floating anxiety).

g. Anhedonia / Apatis (Apathetic / Anhedonic Mood) Kehilangan kemampuan untuk merasakan kesenangan atau hilangnya minat dan motivasi terhadap aktivitas yang sebelumnya disukai.

h. Mood Labil (Labile Mood) Perubahan suasana perasaan yang sangat cepat, mendadak, dan fluktuatif dari satu kondisi emosi ke kondisi emosi lainnya (misalnya mendadak menangis lalu tertawa) tanpa pemicu luar yang sepadan.

- **Afek** (Ekspresi Emosional Objektif): Afek adalah respons emosional luar yang tampak dan dapat diamati secara objektif oleh pemeriksa melalui ekspresi wajah, dinamika intonasi suara, gestur, serta bahasa tubuh. Afek menggambarkan responsifitas emosional saat wawancara berlangsung dan diibaratkan sebagai "cuaca" emosional saat itu

Afek dievaluasi melalui pengamatan visual dan auditorik terhadap ekspresi wajah, nada suara, pergerakan tubuh, serta gestur tangan pasien sepanjang wawancara.

A. Rentang & Intensitas Ekspresi Afek

- **Normal / Adekuat**: Variasi ekspresi emosi bervariasi secara wajar dan fleksibel mengikuti konteks pembicaraan.
- **Menyempit (Constricted)**: Pengurangan ringan hingga sedang pada rentang dan intensitas ekspresi emosional.
- **Tumpul (Blunted)**: Penurunan berat pada intensitas dan rentang ekspresi emosional (ekspresi wajah sangat minim).
- **Datar (Flat)**: Ketiadaan ekspresi emosional sama sekali; mimik wajah kaku/topeng, kontak mata dingin, dan nada suara monoton.
- **Labil (Labile)**: Perubahan ekspresi emosi yang cepat, mendadak, dramatis, dan fluktuatif dari satu kutub emosi ke kutub lain tanpa pemicu luar yang sepadan.

B. Keserasian Afek (Appropriateness)

- **Afek Serasi (Appropriate)**: Ekspresi emosi luar sesuai dengan topik, masalah, atau isi pikiran yang sedang dibicarakan (misalnya mengekspresikan wajah sedih atau menangis saat menceritakan duka).
- **Afek Tidak Serasi (Inappropriate / Incongruent)**: Ekspresi emosi bertentangan secara nyata dengan isi pikiran atau topik yang sedang dibicarakan (misalnya tersenyum atau tertawa saat menceritakan kematian keluarga atau peristiwa traumatis)

(3). Pikiran :

Dalam Pemeriksaan Status Mental (Mental Status Examination / MSE), penilaian pikiran (*thought assessment*) dievaluasi secara komprehensif melalui dua domain utama, yaitu

Bentuk & Proses Pikiran (*Form and Process of Thought*)

Domain ini menilai **bagaimana** pasien menyusun, menghubungkan, dan menyampaikan gagasannya, termasuk struktur logika, kelancaran, serta kontinuitas pembicaraan.

Bentuk (pikiran) :

a. Pikiran dereistik (dereisme): cara berpikir yang tidak sesuai dengan logika dan pengalaman. Umparnanya: "Seorang pegawai negeri dan warga negara yang baik harus kebal korupsi, biarpun gajinya tidak cukup, biarpun keluarganya menderita; bila tidak tahan, silakan keluar"

b. Pikiran autistik (autisme): cara berpikir yang hanya akan memuaskan keinginannya yang tak terpenuhi tanpa memperdulikan keadaan sekitarnya; hidup dalam alam pikirannya sendiri. Kadang-kadang dipakai juga untuk pikiran dereistik. Misal : "Kita harus memberantas perjudian dan pelacuran, karena hal-hal itu merupakan "exploitation de l'homme par l'homme", adalah "homo homini lupus" adalah "machiavellisme"; karena itu kita harus mengikis habis segala bentuknya, tanpa kecuali ".

- **Kontinuitas & Arus Pikiran**:
    - **Koheren**: Pembicaraan tersusun rapi dan logis.
    - **Asosiasi Longgar (Loose Association)**: Perpindahan ide dari satu topik ke topik lain tanpa hubungan logis yang jelas. "Saya mau membeli baju baru di toko besok, tetapi kucing saya warnanya hitam manis, dan harga minyak bumi saat ini sedang naik."
    - **Inkoherensi**: Pembicaraan sangat kacau dan kata-kata terpecah-pecah sehingga tidak dapat dipahami (word salad). "Rumah terbang makan sepatu merah air karpet sepeda berjalan melayang."
    - **Loncat Gagasan (Flight of Ideas)**: Bicara sangat cepat dengan pergerakan ide yang terus-menerus meloncat antar-topik. "Saya pergi ke toko beli baju... baju merah seperti mobil pemadam... pemadam kebakaran itu sangat berani... berani mati seperti tentara di medan perang!"
    - **Terhambat Mendadak (Thought Blocking)**: Alur pikir terputus tiba-tiba di tengah kalimat. *Pasien sedang bercerita:* "Kemarin sore saya berjalan-jalan di taman dan bertemu dengan..." *[tiba-tiba berhenti mematung beberapa detik], lalu berkata:* "Eh, apa tadi yang mau saya bicarakan?"
    - **Sirkumstansial** Pembicaraan yang berbelit-belit dan dipenuhi oleh detail-detail kecil yang tidak penting, namun pada akhirnya pasien masih berhasil mencapai tujuan atau inti pembicaraan awal. Dokter: "Jam berapa Anda sarapan tadi pagi?" Pasien: "Ibu saya bangun jam 5 pagi, lalu menyalakan kompor gas warna biru yang dibeli di toko sebelah, kemudian menggoreng telur dua biji di wajan hitam, piringnya warna hijau... nah, baru setelah itu saya makan jam 7 pagi."
    - **Tangensial**: Pembicaraan berbelit-belit penuh detail yang tidak penting (sirkumstansial) atau menyimpang jauh dari topik utama. Dokter*: "Siapa nama dokter yang memeriksa Anda kemarin?"* Pasien*: "Dokter itu profesi yang sangat mulia, sekolahnya lama sekali dan harus pakai jas putih bersih setiap hari."* (tidak pernah menyebutkan nama dokternya).
    - **Neologisme**: Penggunaan kata-kata baru yang diciptakan sendiri oleh pasien. "Setiap pagi saya harus meminum obat **krotoflax** ini agar pikiran saya tidak disedot luar." (kata "krotoflax" adalah kata ciptaan pasien sendiri).
    - **Alogia / Kemiskinan Pikiran**: Pembatasan kuantitas dan kelancaran bicara (poverty of speech/thought). Dokter*: "Bagaimana perasaan Anda dan apa saja kegiatan Anda seharian ini?"* Pasien*: "Biasa. Diam."*

2. Isi Pikiran (Thought Content)

Domain ini menilai **apa** yang dipikirkan pasien, mencakup ide, keyakinan, preokupasi, serta fenomena mental yang mendominasi.

- **Waham / Delusi**: Keyakinan tetap yang tidak rasional dan tidak dapat diubah oleh bukti objektif atau argumen logis. Jenis waham yang dinilai mencakup:

    - Waham Persekutorik / Kejar: Keyakinan diintai, dimusuhi, atau hendak dicelakai.
    - Waham Rujukan (Referential): Keyakinan kejadian umum/media ditujukan khusus untuk dirinya.
    - Waham Kebesaran (Grandiose): Keyakinan memiliki kekuatan, status, atau kekayaan luar biasa.
    - Waham Somatik, Cemburu, & Bersalah.
- **Kontrol Pikiran (Thought Possession)**:
    - Waham Sisip Pikir (*Thought Insertion*): Keyakinan pikiran asing dimasukkan ke kepalanya.
    - Waham Penarikan Pikir (Thought Withdrawal): Keyakinan pikirannya disedot/diambil pihak luar.
    - Waham Siar Pikir (Thought Broadcasting): Keyakinan pikirannya terpancar sehingga diketahui orang lain.
- **Obsesi & Preokupasi**: Pikiran atau dorongan berulang yang intrusif, tidak diinginkan, dan menimbulkan distres/ansietas.
- **Fobia**: Ketakutan irasional dan berlebihan terhadap objek/situasi tertentu.
- **Ide Bunuh Diri (Suicidal Ideation)**: Evaluasi terhadap adanya niat, rencana, atau dorongan untuk mengakhiri hidup

Jalan / Alur (pikiran)

- **Suara :** keras sekali, berteriak, monoton (tidak ada variasi nada suara seperti biasa), tegas, ragu-ragu, merengek-rengek, berbisik-bisik, hampir tak terdengar.
- **Kecepatan :** cepatnya bicara untuk mengutarakan pikiran serta cepatnya jalan pikiran itu sendiri, mungkin lambat atau cepat.
- **Produktivitas:** banyaknya bicara, mungkin sedikit atau banyak.
- **Koheren**: Alur pembicaraan tersusun rapi, logis, teratur, dan mudah dipahami.
- **Irelevansi:** isi pikiran atau ucapan yang tidak ada hubungannya dengan pertanyaan atau dengan hal yang sedang dibicarakan.
- **Asosiasi Longgar (Loose Association)**: Pergeseran atau perpindahan gagasan dari satu subjek ke subjek lain tanpa adanya hubungan logis yang jelas.
- **Inkoherensi (Incoherence / Word Salad)**: Bentuk asosiasi longgar yang sangat berat di mana struktur kalimat dan kata-kata terpecah-pecah sehingga pembicaraan sama sekali tidak dapat dipahami.
- **Loncat Gagasan (Flight of Ideas)**: Pembicaraan yang sangat cepat dengan perpindahan ide yang terus-menerus meloncat antar-topik; perpindahan ini umumnya masih memiliki keterkaitan kata atau dipicu oleh stimulus di sekitar pasien.
- **(Thought Blocking)**: Terputusnya alur pikiran atau pembicaraan secara tiba-tiba di tengah kalimat tanpa adanya pemicu dari luar.
- **Sirkumstansial (Circumstantiality)**: Pembicaraan yang berbelit-belit dan dipenuhi oleh detail-detail kecil yang tidak penting, tetapi pada akhirnya pasien masih berhasil mencapai tujuan/inti pembicaraan.

- **Tangensial (Tangentiality)**: Pembicaraan yang menyimpang jauh dari topik utama dan tidak pernah mencapai tujuan atau inti pembicaraan awal.
- **Neologisme (Neologism)**: Pembentukan atau penggunaan kata-kata baru yang diciptakan sendiri oleh pasien dan tidak memiliki arti umum dalam bahasa standar.
- **Alogia / Kemiskinan Pikiran (Poverty of Thought / Speech)**: Keterbatasan kuantitas dan produktivitas pikiran serta bicara, di mana pasien memberikan jawaban yang sangat sedikit atau singkat.
- **Perseverasi**: Pengulangan kata, frasa, atau gagasan tertentu secara terus-menerus tanpa penyesuaian terhadap konteks pertanyaan.
- **Inkoherensi:** gangguan dalam bentuk bicara sehingga satu kalimat pun sudah sukar ditangkap atau diikuti; (suatu wahamyang aneh mungkin diterangkan secara inkoheren). Inkoherensi boleh dikatakan merupakan asosiasi yang longgar secara extrim. Umpamanya "Saya minta dijanji, tidur, lahir, dengan pakaian lengkap untuk anak saya satu atau lebih menurut pengadilan Allah dengan suami jodohnya yang menyinggung segala percobaan ...".
- **Ekholalia:** langsung mengulangi perkataan orang lain pada saat didengarnya.
- **Asosiasi bunyi ("clang association"):** mengucapkan perkataan yang mempunyai persamaan bunyi, umpamanya "Saya mau makan di Tarakan, seakan-akan berantakan".
- **Verbigerasi:** berkali-kali mengucapkan sebuah kata, misal : "Saya mau makan, makan, makan, makan, dan seterusnya . . . ", atau "Kemarin, kemarin, kemarin, dan seterusnya . . . saya datang".
- **Gangguan bicara** seperti yang disebabkan oleh gangguan neurologik, umpamanya dys-arthria , rhino-lalia.
- **Koprolalia:** sering mengeluarkan kata-kata yang tidak sopan dan / yang kotor.
- **Merengut-rengut :** komat-kamit atau bersungut-sungut yang tidak dapat dipahami dan hampir tidak terdengar ("unintelligible muttering").

(4). FUNGSI / KELUHAN – KONDISI SOMATIK

- **Kekuatan atau enersi :** kemampuan menahan usaha tanpa lelah. Usaha itu mungkin tidak bertujuan, seperti pada seorang pasien dengan mania, tetap kuat dan energetik luar biasa.
- **Nafsu makan:** kurang sekali, kurang, biasa, besar, besar sekali.
- **Minat atau aktivitas sexual dapat m**enjadi: sangat berkurang, sedikit berkurang, sedikit bertarnbah, sangat bertambah
- **Insomnia:** menggambarkan gangguan tidur secara keseluruhan. Janganlah mencatat malam yang paling berat saja. Adapun jenisnya sebagai berikut: sukar tidur, sudah terbangun pada pagi-pagi buta, lalu

tidak dapat tidur lagi (misal pada Gangguan Afektif Bipolar episode depresif), dan sering terbangun sepanjang malam.

- **Inkontinensia:** tidak dapat menahan buang air kecil atau besar, kadang-kadang, sering, sangat sering, dan (hampir) terus-menerus.
- ”**Kejang-kejang** ” : serangan gangguan motorik , berupa kontraksi otot scbagian atau seluruh badan berulang-ulang yang mendadak dan sering disertai gangguan kesadaran, misalnya, histerik : disangka karena gangguan psikologik atau organik : disangka karena gangguan struktur atau biokimia otak (epilepsi).
- Gangguan panca-indera (organik) : misalnya buta , tuli.
- **Reaksi konversi:** gangguan somato-motorik atau somato-sensorik, sering secara simbolik menggambarkan suatu konflik emosional; dibedakan dari gangguan psikofisiologik (bagianyang terkena disarafi oleh susunan saraf vegetatif), atau daripenipuan atau simulasi yang dilakukan secara sadar dan dari gangguan nerologik yang tanda-tandanya sesuai dengan anatomi susunan saraf. Jika sudah pasti bahwa reaksi itu merupakan reaksi konversi, baru dicatat dan dicantumkan jenis reaksi itu,misal anesthesia: kehilangan indera peraba pada kulit pasien, paresthesia: indera peraba yang berubah, umpamanya merasa seperti ditusuk-tusuk jarum, seperti ada semut berjalan, merasa panas atau tebal pada kulitnya, kelumpuhan, gangguan penglihatan atau pendengaran, perasaan nyeri, pergerakan yang abnormal: umpamanya tremor, tik (tic), kejang-kejang dan ataxia.
- **Reaksi / keluhan psikofisiologik:** gejala/gangguan pada bagian tubuh yang disarafi oleh susunan saraf vegetatif dan yang disebabkan oleh gangguan emosi. Perubahan fisiologik ini biasanya menyertai keadaan emosi tertentu; pada umumnya reversibel dan biasanya tidak mengakibatkan kerusakan jaringan yang permanent. Gangguan seperti ini mungkin terdapat padakulit

  : dermatitis, urtikaria, pruritus, hiperhidrosis, pada otot dan tulang: otot tegang sampai kaku: "tension headache", "lowback pain", pada alat pernapasan: sindroma hiperventilasi (bernapas ber-lebihan sehingga dapat menimbulkan rasa pusing, kepala terasa ringan , paresthesia pada tangan dan disekitar mulut, merasa berat di dada, napas rasanya pendek/kurang- panjang, tenggorokan kering, perut gembung, tetani), asthma bronchiale, pada sistem jantung dan pembuluh darah : palpitasi, hipertensi, "vascular headache", pada alat pencernaan : lambung perih , nausea dan muntah-muntah, meteorisrne, konstipasi, diare,pada sistem alat kemih dan kelamin

  : sering kencing, enuresis, ejaculatio praecox, dyspareunia, dismenorea, frigiditas, impotensi (dibedakan dari hal dalam bab kekhawatiran dalam isi bicara dan pikiran) dan pada sistem panca-indera: mata berkunang- kunang, tinnitus.

- **Kekhawatiran yang tidak wajar mengenai kesehatan fisik:** takut akan kesehatan fisik yang tidak sesuai dengan keadaan badannya yang sebenarnya. Termasuk baik prihatin tentang sebuah organ, maupun tentang beberapa organ tubuhnya (seperti pada nerosa hipokhondrik).

(5). PERSEPSI

Ini merupakan proses mengamati, mengetahui dan mengartikan segala sesuatu serta hubungan-nya, setelah panca-indera mendapat rangsang.

- **Halusinasi:** pencerapan tanpa adanya rangsang apapun pada panca-indera seorang pasien, yang terjadi dalam keadaan sadar/bangun, baik yang disangka dasarnya organik, fungsional, psikotik, maupun histerik, semuanya dicatat jenisnya, sebagai berikut:

– **halusinasi penglihatan (visual, optik):** tak berbentuk (sinar, kilapan atau pola cahaya) atau berbentuk (orang, binatangatau barang lain yang dikenalnya), berwarna , atau tidak.

– **halusinasi pendengaran (auditif, akustik):** suara manusia, binatang atau mesin, barang kejadian alamiah, musik.

– **halusinasi pencium (olfaktorik):** mencium sesuatu bau.

– **halusinasi pengecap (gustatorik):** merasa mengecap sesuatu.

– **halusinasi peraba (taktil):** merasa diraba, disentuh, ditiup, disinari atau seperti ada ulat bergerak dibawah kulit.

– **halusinasi kinestetik:** merasa badannya bergerak dalam ruang, atau anggota badannya bergerak sendiri (anggota badan bayangan atau ”phantom limb”)

– **halusinasi viseral:** perasaan tertentu timbul di dalam tubuhnya.

Isi : tema halusinasi, termasuk interpretasi pasien rnengenai halusinasinya (mengancam, menyalahkan, keagamaan, menghinakan, kebesaran, sexual, membesarkan hati, membujuk, atau yang baik-baik saja.)

Keyakinan : sampai manakah pasien yakin bahwa halusinasi itu merupakan kejadian yang benar, umpamanya mengetahui bahwa hal itu tidak benar, ragu-ragu atau yakin sekali bahwa hal itu benar.

Pada orang yang normal ada kalanya tepat sebelum tertidur terjadi persepsi sensorik yang salah **(halusinasi hipnagogik)** atau tepat sebelum terbangun samasekali dari tidurnya **(halusinasi hipnopompik)** di samping pengalaman halusi-natorik dalam impian yang normal.

- **Ilusi :** Interpretasi atau penilaian yang salah mengenai pencerapan yang sungguh terjadi karena rangsang pada panca-indera. Umpamanya: bunyi angin didengarnya seperti dipanggil namanya; bayangan daun dilihatnya seperti seorang penjahat.

Adapun ilusi itu sangat dipengaruhi oleh emosi pada suatu waktu tertentu dan biasanya yang bersangkutan itu dapatmengoreksinya sesudahnya.Dibedakan dari "halusinasi" , dari "pikiran hubungan" dan dari "disorientation".

- **De-personalisasi :** perasaan aneh mengenai dirinya atau perasaan bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasa lagi, tidak menurut kenyataan, umpamanya: rasanya seperti sudah di luar badannya atau suatu bagian tubuhnya sudah bukan kepunyaannya lagi. Dibedakan dari "waham hipo-khondrik" . Kadang-kadang ditemukan juga pada sindroma lobus parietalis.
- **De-realisasi :** perasaan aneh mengenai lingkungannya dan tidak menurut kenyataan, umpamanya segala sesuatu di-alaminya seperti dalam impiannya. Dibedakan dari "kesadaran yang berubah" .
- **Halusinasi histerik :** halusinasi yang timbul pada nerosa histerik karena konflik emosional.
- **Anesthesia histerik:** kehilangan peraba karena konflik emosional, tidak sesuai dengan anatomi susunan saraf .

(6). KESADARAN

Kesadaran merupakan kemampuan individu mengadakan hubungan/relasi (melalui panca-inderanya) dengan dan pembatasan/limitasi (melalui perhatian) terhadap lingkungannya dan dirinya sendiri, sehingga terjadi orientasi (waktu, tempat dan orang) dan pengertian yang baik serta pemakaian informasi yang masuk secara efektif (melalui ingatan dan pertimbangan).

- **Penurunan kesadaran :** kemampuan persepsi, perhatian dan pemikiran semuanya berkurang secara keseluruhan (secara kwantitatif) dengan amnesia sesudahnya. Amnesia ini mungkin bersifat Retrograd, Anterograd, Total, atau Sebagian, sedang jalannya penurunan kesadaran itu kadang-kadang berfluktuasi: kesadaran naik-turun, atau terus-menerus: tetap tidak kembali kepada kesadaran normal, tidak naik-turun selama gangguan berlangsung.

  Penurunan kesadaran itu bertingkat mulai dari apati, somnolensi, sopor dan (sub-)koma.

  - **Disorientasi atau gangguan orientasi : s**ebagai akibat gangguan kesadaran dan mengenai : waktu: tidak tahu-menahu tentang: jam, hari, pekan, bulan, tahun atau musim dan tempat: tidak tahu-menahu di manakah ia berada, serta orang: (dirinya sendiri atau orang lain): tidak tahu siapa dia sendiri itu atau salah menafsirkan identitas orang lain. Dibedakan dari "ilusi" (bab persepsi)

- **Gangguan ingatan :** gangguan ingatan secara umurn, tidak terbatas pada suatu waktu tertentu saja (seperti pada amnesia histerik), yaitu mengenai yang baru saja terjadi: kejadian pada beberapa jam atau beberapa hari yang lampau, atau mengenai yang sudah lama berselang terjadi : kejadian beberapa tahun yang lalu.
- **Disosiasi :** sebagian tingkah-laku atau kejadian memisah secara psikologik dari kesadaran. Ini mungkin berupa:
- **Trans ("trance") :** keadaan kesadaran tanpa reaksi yang jelas terhadap lingkungannya yang biasanya mulainya mendadak; mungkin terdapat imobilitas dan roman mukanya kelihatan seperti bengong atau melamun; dapat ditimbulkan oleh hipnosa atau upacara kepercayaan (umpamanya: kuda kepang, kesurupan, tari keris, meditasi).
- **Amnesia histerik :** kehilangan ingatan atas dasar psikologik, karena disosiasi itu, mengenai suatu waktu tertentu, selektif biasanya. Dibedakan dari gangguan ingatan secara umum.
- **Fugue :** suatu periode amnesia dengan pelarian secara fisik daripada suatu keadaan yang menimbulkan banyak stress, tetapi dengan mempertahankan kebiasaan dan ketrampilan (keadaan senja histerik atau "hysterical twilight state").
- **Serangan histerik :** suatu penampilan emosional yang jelas dengan unsur menarik perhatian dan kelihatannya tidak ada kontak dengan lingkungan. (dibedakan dari reaksi konversi dan dari 'trance').
- **Lain-lain :** umpamanya somnambulisme, sindroma Ganser, menulis otomatis (umpamanya: pada permainan ' "jaelangkung", "mangkok berjalan", "tari meja").

Kesadaran pada trance, fugue, serangan epilepsi psikomotor, serangan histerik, somnambulisme disebut juga **"kesadaran yang berkabut" ('clouding of consciousness') dan/atau "menyempit,".**

- **Kesadaran yang “berubah" :** tidak normal, tidak menurun, tidak meninggi, bukan disosiasi, tetapi kemampuan mengadakan hubungan dengan dan pembatasan terhadap dunia luar dan diri sendiri sudah terganggu pada taraf "tidak sesuai dengan kenyataan" (secara kwalitatif), seperti pada psikosa fungsional.

Catatan: Karena belum ada istilah yang tepat, maka dipakai kata "**berubah"**. Kesadaran **yang "terganggu"=** kesadaran yang abnormal = semua gangguan kesadaran.

- **Paramnesia :** ingatan yang keliru karena distorsi pemanggilan kembali ("recall"), umpamanya:
- deja vu: sesuatu yang belum pernah dilihat, tetapi seperti sudah pernah dilihatnya.

- jamais vu: sesuatu yang sudah pernah dilihat, tetapi seperti belum pernah dilihatnya.
- fausse reconnaissance: pengenalan kembali yang keliru.
- konfabulasi: secara tidak sadar mengisi lubang-lubang dalam ingatannya dengan cerita yang tidak sesuai dengan kenyataan, akan tetapi pasien percaya akan kebenarannya.
- **Hipermnesia** : penahanan dalam ingatan ("retensi") dan pemanggilan kembali dari ingatan ("recall") yang berlebihan.

(7). FUNGSI KOGNITIF (lain)

- **Gangguan perhatian / atensi :** tidak mampu memfokusperhatian kepada hanya satu hal keadaan atau lamanya kemampuan memfokus perhatian berkurang atau daya konsentrasi terganggu. Gangguan ini dapat diobservasi oleh si pemeriksa atau hanya dikeluhkan oleh pasien saja.
- **Lekas lengah :** perhatian sangat mudah tertarik kepada rangsang yang tidak penting atau tidak relevan dalam keadaan tertentu (intensitas perhatian berkurang).

- **Intelegensi :** ditafsirkan secara kasar, diperhitungkan juga kecerdasan sehari-hari dalam pekerjaan, pergaulan, di sekolah atau dalam studinya serta hasilbagi inteligensi (H.I. atau IQ.), bila ada. Adapun taraf inteligensi itu adalah sebagai berikut tinggi sekali (H.I.130 atau lebih) , tinggi (110 -130), normal (86 -109), taraf perbatasan (68 - 85), retardasi mental ringan (52 -67), retardasi mental sedang (36 -51), retardasi mental berat (21- 35) , retardasi mental sangat berat (H.I. 20 ke bawah) dan dementia: penurunan inteligensi karena kerusakan jaringan otak yang ireversibel (dengan gradasi: ringan, sedang, berat, sangat berat).

(8). PERTIMBANGAN / PENILAIAN / TILIKAN

Kemampuan mengevaluasi serta menilai langkah yang dapat diambil (langkah alternatif) atau kemampuan menarik kesimpulan yang wajar berdasarkan pengalaman, seperti:

- dalam **hubungan keluarga :** dalam keluarga inti atau keluarga luas, umpamanya tidak insaf bahwa tingkah-lakunya mengganggu keluarganya.
- dalam **hubungan sosial** lain : umpamanya merasa dirinya dirugikan atau dihalang-halangi secara terus-menerus.
- **dalam pekerjaan** : umpamanya harapan yang tidak realistik daripada pekerjaannya.

  dalam rancangan untuk hari kemudiannya : pasien tidak mempunyai rancangan atau pemeriksa menilai bagaimana pertimbangan pasient

2.5. Evaluasi

DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN PSIKIATRI

NAMA : .....

NIM : .....

TANGGAL : .....

Checklist **Persiapan Pemeriksaan Psikiatri**

No	Kriteria Persiapan pemeriksaan	Skor			Bobot-Nilai
		0	1	2	
1.	Menyiapkan alat tulis dan formulir status				
2.	Mengucapkan salam/memperkenalkan diri				
3.	Menyampaikan maksud dan tujuannya				
4.	Menampilkan rasa empati pada pasien				
	Menilai Penampilan , terdiri dari :				
5.	Menilai Roman Muka pasien (observasi)				
6.	Menilai Sikap pasien (observasi)				
7.	Menilai Tingkah-Laku pasien (observasi)				
8.	Menilai Decorum pasien (observasi)				
9.	Menilai Kontak dan Rapport				

Keterangan:

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan dgn. tidak benar2

= dilakukan dengan benar

Nilai

Checklist **Penggalian/Pengenalan Tanda dan Gejala Gangguan jiwa**

No	Kriteria Penggalian/pengenalan Tanda dan Gejala Gangguan jiwa	Skor			Bobot-Nilai
		0	1	2	
1.	Memeriksa Cara Bicara pasien				
2.	Memeriksa Tingkah laku - Psikomotor				
4.	Memeriksa Mood-Afek pasien				
5.	Memeriksa Pikiran pasien				
6.	Memeriksa Persepsi pasien				
7.	Memeriksa Fungsi Kognisi, yaitu :				
a.	Memeriksa Kesadaran pasien				
b.	Memeriksa Orientasi pasien				
c.	Memeriksa Perhatian/Atensi/Konsentrasi				
d.	Memeriksa Memori/Ingatan pasien				
e.	Memeriksa Intelegensi pasien				
f.	Memeriksa Kalkulasi/Berhitung pasien				
g.	Memeriksa Penilaian Abstrak				
h.	Memeriksa Tilikan/Wawasan/Penilaian				
8.	Menilai Kematangan Jiwa pasien (PM)				

Keterangan:
0 = tidak dilakukan
1 = dilakukan dgn. tidak benar2
= dilakukan dengan benar

Nilai

Checklist **Menyusun Status Psikiatrikus :**

No	Kriteria Menyusun Status Mental/Psikiatrikus	Skor			Bobot-Nilai
		0	1	2	
1.	Menyiapkan lembar Status Psikiatrikus / Status Mental-Psikiatrikus				
2.	Menghimpun data : tanda dan gejalayang didapat (dari penampilan dan gejala gangguan-gangguan fungsi kognitif, emosi-afek, psikomotor, persepsi dan pikiran)				
3.	Menyusun status mental / status psikiatrikus pasien berdasar gejaladan tanda yang didapat dari pasien				

Keterangan:

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan dgn. tidak benar

2 = dilakukan dengan benar

Nilai

2.6 HASIL PEMERIKSAAN PSIKIATRI

Nama Pasien : Nama Ko-Ass / Mahasiswa :

MRS : Umur : L/P

Tanggal

STATUS PSIKIATRIKUS

1. **DESKRIPSI UMUM**
   - Penampilan (observasi) :
   - Kontak dan Rapport :
   - Sikap terhadap pemeriksa :
   - Bicara :
   - Perilaku dan psikomotor :
   - Dekorum :

2. **Mood dan Afek**
   - Mood :
   - Afek :

3. **Persepsi** :

4. **Pikiran**
   a. Proses dan bentuk pikir :
   b. Isi pikir :

5. **Sensosrium dan Kognisi**
   - Kesadaran :
   - Orientasi :
   - Konsentrasi dan perhatian :
   - Memori :
   - Kalkulasi :
   - Intelegensi :
   - Penilaian Abstrak :

6. **Tilikan / Wawasan Penyakit** :

2.7 REFERENSI

1. Saddock, Benjamin James ; Saddock,Virginia Alcott : Kaplan-Saddock's, Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry, Lippincott William & Wilkins, 11-ed., 2015
2. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Pelayanan Medik , Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia – III, Cetakan I, 1993
3. Kupfer, David J et.all, Oxford American Handbook of Psychiatry, Oxford Medical Publications, Oxford University Press, New York, 2008
4. Manley, Myril RS, Psychiatry Clerkship Guide, Second Edition, Mosby Elsevier, 2007

2.8 NARASUMBER

1. Kiki Puspitasari, dr., Sp.KJ
2. Prof. H.Nizar Zainal Abidin, dr. Sp.KJ(K)
3. Dr. Hj.Chatidjah Satryo Wibowo, dr. Sp.KJ(K)
4. L.Kabul Budianto, dr. Sp.KJ(K)
5. Irwanto Ichlas, dr. Sp.KJ(K)
6. Dr. Arlisa Wulandari, dr. Sp.KJ., MKes.
7. Hasrini Rowawi, dr. SpKJ(K).,MHA.

KETERAMPILAN MEDIK KE-3
POKOK BAHASA : PEMERIKSAAN NON PSIKOTIK
TANGGAL : .....

3.1 Tugas

Lakukan Pemeriksaan Psikiatri terhadap “pasien” dan kemudian susun Status Psikiatrikus sesuai tanda-tanda dan gejala yang diperoleh dari “pasien”.

3.2 Tujuan Pembelajaran

a. Tujuan pembelajaran umum :

Mahasiswa diharapkan mampu melakukan :

(1). Pemeriksaan kondisi / keadaan jiwa seseorang

(2). Penyusunan status mental / psikiatrikus seseorang

b. Tujuan Pembelajaran Khusus:

Setelah menyelesaikan keterampilan klinik ini mahsiswa diharapkan mampu:

(1). Melakukan persiapan pemeriksaan psikiatri (khususnya non psikotik)

(2). Melakukan penggalian terhadap tanda dan gejala gangguan jiwa non psikotik

(3). . Mengenali tanda dan gejala gangguan jiwa secara benar

(4). Menyusun status psikiatrikus berdasarkan tanda dan gejala yang didapat

3.3 Pendahuluan

Laporan pemeriksaan keadaan jiwa atau yang lebih dikenal sebagai status mental atau status psikiatrikus seseorang merupakan hasil evaluasi fungsi-jiwa seseorang, yang meliputi keadaan emosi-afek, psikomotor, cara berbicara (ucapan), proses berpikir (bentuk, isi dan jalan pikiran), persepsi dan fungsi kognitif, termasuk disini antara lain : kesadaran , atensi/perhatian/konsentrasi , orientasi (meliputi waktu, tempat dan diri) , memori/ingatan dan intelegensi/kecerdasan serta kalkulasi . Mengingat pendekatan holistik terhadap pasien, maka laporan pemeriksaan keadaan jiwa itu seharusnya merupakan bagian integral dari pemeriksaan terhadap kondisi fisik dan mental seseorang secara umum.

Pemeriksaan psikiatrik terdiri atas 2 bagian: (1) **Riwayat Hidup,** yang antara lain menggambarkan keluhan utama-perjalanan penyakit yang sekarang dan terdahulu serta informasi yang didapatkan baik dari keluarga ataupun dari orang lain, dan (2) Sebuah **Status Pemeriksaan Mental / Psikikus** yang merupakan hasil penafsiran (assessment) fungsi kognitif (kesadaran, memori, penilaian, kecerdasan, atensi, orientasi), suasana hati (mood-afektif) , perilaku/psikomotor serta persepsi dan proses berpikir (pikiran)

3.4 PELAKSANAAN KETERAMPILAN MEDIK PEMERIKSAAN PSIKIATRI

3.4.1 Metode : **Observasi (Pengamatan), Interview (wawancara) dan Pemeriksaan.**

3.4.2 Tujuan : Melakukan Pemeriksaan Psikiatri yang benar.

3.4.3 Teori:

(1). Pemeriksaan psikiatri pada dasarnya adalah membuat laporan pemeriksaan keadaan jiwa seseorang, yaitu **gangguan-gangguan fungsi jiwa** yang meliputi gangguan fungsi intelegensi, afek dan emosi, sikap dan perilaku- psikomotor, minat, atensi, pikiran, persepsi,memori dan penilaian/tilikan/judment

(2). Tujuan pemeriksaan keadaan jiwa, pada umumnya adalah untuk mendapatkan satu atau lebih hal-hal dibawah ini, yaitu :

a. Menemukan dan menilai gangguan jiwa yang ada, yang akan dipakai sebagai), dasar **pembuatan / penyusunan diagnosis** (diagnosis banding dan/ diagnosis kerja) serta menentukan tingkat gangguan serta pengobatannya dan selanjutnya penafsiran terhadap prognosis nya.
b. Menggambarkan **struktur kepribadian** yang mungkin dapat menerangkan riwayat dan perkembangan gangguan jiwa yang terdapat.
c. Menilai kemampuan dan kemauan pasien dalam berpartisipasi secara wajar dalam **upaya pengobatan.**

(3). Laporan pemeriksaan keadaan jiwa tersebut seyogyanya didahului dengan catatan-catatan mengenai : (lihat bab tentang Interview/ Wawancara Psikiatri)

a. **Identitas pasien :** nama, umur, jenis kelamin, suku-bangsa/latar belakang budaya, status sipil, pekerjaan dan alamat tempat tinggal.
b. **Keluhan utama atau sebab utama** sampai ia datang berobat (menurut pasien dan/atau keluarganya)
c. **Gangguan sekarang / Riwayat Penyakit Sekarang** : dari permulaan gangguan(gejala/tanda pertama) hingga keadaan sekarang.
d. **Riwayat Penyakit Terdahulu , selengkapnya**.
e. **Riwayat hidup pribadi pasien :** ditanyakan antara lain mengenai perkembangan fisik dan mental, hubungan antar-manusia, kehidupan emosional-nya, sifat, minat, kemampuan dan prestasi, ketrampilan, pengalaman penting, kepercayaan, gangguan jiwa yang pernah dialaminya, yang dapat dibagi dalam masa-masa : graviditas ibunya, kelahiran bayi, masa kanak-kanak, pubertas dan adolesen, masa dewasa, masa tua/senja usia.

f. **Riwayat keluarga** : orangtua, saudara, susunan keluarga, susunan anggota rumah tangga yang se rumah, daftar anggota keluarga yang pernah atau sedang menderita gangguan jiwa beserta jenis gangguan jiwa nya.
(Lihat format status terlampir)

(4). **Sumber Informasi** : sumber informasi mengenai keadaan jiwa seorang pasien sebagian besar harus berdasarkan penilaian pemeriksaan sendiri melalui kontak langsung dengan pasien, ataupun dari sumber lain, misalnya **laporan dari perawatnya** atau **observasi pemeriksa** sendiri diruangan atau tempat lain, ataupun dari **hetero- anamnesa** yang dapat dipercaya.

(5). **Pemeriksaan Status mental** sejalan dan analog dengan pemeriksaan fisik, diawali dengan **observasi, selanjutnya dengan tehnik wawancara kemudian dilakukan pemeriksaan secara bertahap.**
Observasi dilaksanakan secara objektif dan tidak direka-reka (apa yang dilihat dan didengar, bukan yang dipikirkan dan diduga oleh pemeriksa), yaitu tentang :
Penampilan pasien yang meliputi ***sikap, rupa/roman-muka, decorum (sopan-santun, kebersihan dan cara berpakaian), dan tingkah-laku pasien.***

Sikap pasien terhadap pemeriksanya :
Sebaiknya sikap ini dinilai dengan mengingat akan latar belakang kebudayaaan, adat istiadat serta kebiasaan si pasien dengan kemungkinan :

a. **Positif** : ada kerjasama dan partisipasi.
b. **Negatif** : acuh tak acuh, menolak, marah-marah, curiga, pasif atau ragu-ragu.
c. **Ambivalen** : sikap yag berubah-ubah, yaitu pada suatu waktu positif dan pada waktu lain, negatif.
d. **Netral :** tidak terlihat reaksi emosional tertentu.
e. **Tidak dapat dinilai/diketahui** : seperti pada pasien dengan stupor dan mutisme.
f. **Sikap badan** : kaku : badan dan extremitas ditahan secara kaku, bongkok, eksentrik (lain daripada biasanya), bizar (aneh sekali)

Rupa pasien :

a. **tampilan pasien** terlihat **sesuai dengan umurnya, lebih tua ataupun lebih muda daripada umurnya**
b. **kesan umum kesehatan fisik** pasien : baik sekali, baik, sedang/cukup, kurang, kurang sekali
c. **berat badan** : kurus sekali, kurus, normal (dalam batas normal), gemuk, gemuk sekali
d. **tinggi badan** : pendek sekali, pendek, normal (dalam batas normal), tinggi, tinggi sekali
e. **cacat fisik** : cacat jasmani yang kelihatan sampai mengakibatkan gangguan bentuk atau rupa. Hendaknya dicatat bagian badan manakah yang cacat serta derajat cacatnya, umpamanya : ringan sekali, ringan, sedang, berat, berat sekali
f. **roman muka** : ekspresi muka (tidak usah cocok dengan "sikap dan tingkah laku umum", umpamanya pasien terlihat marah (roman muka), tetapi tidak berbuat marah (tingkah laku). Roman muka itu mungkin : biasa (tidak mempunyai arti), tegang, perplex (heran sekali bercampur kecemasan dan kebingungan), curiga, marah, bosan, murung, sedih dan susan, menangis, khawatir, takut dan cemas, tolol, grimas (mimik yang aneh dan berulang – ulang), bercahaya dan gembira, sombong dan angkuh, tidak terlihat ekspresi sama sekali (kelihatan seperti topeng), waspada berlebihan : memperhatiiikan sesuatu hal secara berlebihan, umpamanya , memandangi pemeriksa nya secara terus-menerus dengan dengan sangat waspada , mata : menghindarkan kontak mata, melamun, melihat ruang kosong, melihat hanya sepintas lalu , secara mencuri – curi **.**

Decorum :

Meliputi , Sopan santun , Cara berpakaian dan Perawatan rupa serta kerapian dan kebersihan pakaian, rambut, dsb, misalnya : bersih, rapi, cocok, tidak rapi, kotor, aneh , tidak sesuai untuk kesempatan / kondisi tertentu

Tingkah- laku (perilaku umum)

Meliputi perilaku / tingkah-laku yang diperlihatkan si pasien dalam interaksi dengan orang lain. Mungkin sesuai atau mungkin juga tidak sesuai dengan "isi bicara dan pikiran", misal : pasien memukul orang lain, tapi tak mengaku punya maksud atau pikiran untuk memukul. Gangguan dalam berjalan misalnya berjalan dengan bantuan orang lain atau alat, memakai kursi roda, tidak dapat berpisah dengan tempat tidurnya

a. **Ciri-ciri positif/kooperatif :** suka menolong, riang, bertanggung jawab, menyenangkan, disukai, mempunyai rasa humor.

b. **Tidak kooperatif**
c. **Menarik diri :** mengingkari kontak atau hubungan dengan orang lain.
d. **Tidak wajar** : aneh,eksentrik atau tidak sesuai dengan keadaan,misal telanjang, memperlihatkan bagian tubuh tertentu, bicara-bicara sendiri, tertawa kekanak-kanakan, tertawa terkikih- kikih(giggling).
e. **Gangguan fungsi dalam aktifitas bertujuan :** gangguan dalam pekerjaan (bila ia diharapkan bekerja), atau tidak menyelesaikan pekerjaan yang diharapkan, gangguan pekerjaan di rumah, tak dapat memakai pakaian dengan baik,waktu luang tak dipakai dengan baik, tidak mengurus dirinya sehari-hari.
f. **Perilaku Curiga :** mulai dari hanya sedikit sampai taraf sangat mencurigai, misal merasa dirinya dikejar-kejar terus menerus, kadang pasien punya sikap dan tingkah-laku curiga yang jelas, tetapi belum ber-waham curiga.
g. **Kemarahan yang nyata :** meliputi ekspresi amarah keseluruhanyang nyata : suka menyerang, agresif dan kekerasan atau penganiayaan pada orang lain, destruktif fisik-suka merusak barang, sarkastik, mudah tersinggung dan lekas marah(irritable), sukamengancam, suka berdebat, muram.
h. **Perilaku yang bisa membangkitkan amarah pada orang lain:** menggoda, memegang-megang orang lain, membantah terus, srkastik.
i. **Tingkah laku atau tindakan - percobaan bunuh diri** , misal membeli obat-obatan (banyak, tanpa sakit tersebut), menyimpan pisau untuk bunuh diri atau pernah mencoba bunuh diri. Harap diperhatikan juga derajat ancaman terhadap dirinya sendiri dan kesungguhan niat untuk bunuh diri dan bedakan dari ”pikiran bunuh diri (”suicidal thoughts/ideation), yang dicatat dibagian lain.
j. **Tingkah laku Mutilasi diri :** dengan sengaja melukai dirinya sendiri sampai cacat (yang tak berhubungan dengan percobaan bunuh diri)
k. **Perilaku Antisosial :** sikap dan tingkah laku antisosial, misal suka berdusta, mencuri, mengajak orang lain agar melanggar hukum/peraturan umum, bersikap puas dengan tingkah laku antisosialnya sendiri ataupun oranglain. (Antisosial : secara aktif melakukan , sedang Asosial: secara pasif menghambat/menghalangi perkembangan seseorang/kelompok/masyarakat dan tak mau membantu/bekerjasama).
l. **Impulsif :** bertindak segera tanpa berpikir lebih dahulu.

m. **Pasif :** membiarkan dirinya diperlakukan orang lain tanpa berusaha menguasai keadaan atau jalannya kejadian.
n. **Dependen / Ketergantungan** : sering mencari bantuan, persetujuan,atau ketenangan yang tidak wajar dari orang lain.
o. **Perilaku Suka menguasai** , misal berusaha menguasai wawancara , suka memberi perintah kanan-kiri.
p. **Perilaku Berjaga-jaga dan berhati-hati sekali** : berlaku defensif, terlalu cepat membela dirinya (merasa diserang), menjaga atau melindungi dirinya, misal tidak rela memberi keterangan.
q. **Perilaku Ritualistik :** suka akan tingkah-laku upacara(ritual), memperhatikan tingkah laku kompulsif, tingkah laku berulang-ulang yang tak wajar, a.l. mencuci tangan berulang-ulang, memeriksa sesuatu berkali-kali, makan atau berpakaian dengan cara-cara tertentu.
r. **Perilaku Merendahkan diri :** secara berlebihan merendahakn dirinya, seperti budak atau cenderung kepada menyenangkan dan memuaskan orang lain secara berlebihan.
s. **Perilaku Putus asa :** berlaku susah, sedih, tak berani, seperti takada harapan lagi.
t. **Perilaku Suka mengeluh**
u. **Perilaku Lesu, apatis** : kekurangan perasaan, emosi, minat dan perhatian.
v. **Perilaku Dramatis :** tingkah laku yang dibuat-buat dengan emosi yang berlebihan.
w. Perilaku seduktif : Suka menggoda dalam bidang seksual **(seduktif)**
x. **Tingkah laku homo-seksual :** pendekatan atau tindakan homo-seksual nyata.(bedakan dengan pikiran homo-seksual/homo-sexual thoughts dan dorongan homoseksual)
y. Tingkah-laku yang menunjukkan **deviasi seksual lain.**
z. **Tingkah laku Penyalahgunaan obat/alkohol :** pengobatan terhadap diri sendiri yang berlebihan, pemakaian obat tanpa resep dokter atau tanpa indikasi medik, pemakaian obat secara berlebih sehingga timbul gejala fisik, perubahan emosi dan tingkah-laku atau gangguan dalam pekerjaan prestasi sehari-harinya. Demikian juga mengenai alkohol.

(6). Psikomotor

Ini meliputi ciri-ciri pergerakan badan yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa dan yang dapat dilihat :

a. **Kelambatan : secara umum pergerakan dan reaksi menjadi lambat** :

- **Hipokinesia, hipoaktivitas**
- **(sub-) stupor katatonik :** reaksi terhadap lingkungan sangat berkurang, pergerakan dan aktivitas menjadi sangat lambat, sehingga kelihatan seperti pasien yang sama sekali tidak memperhatikan lingkungannya.
- **Katalepsi :** mempertahankan secara kaku posisi badan tertentu, juga bila hendak diubah oleh orang lain.
- **Flexibilitas cerea :** mempertahankan posisi badan yang dibuat padanya oleh orang lain.

b. **Psikomotor yang meningkat** : aktivitas umum yang berlebihan :
   - **Hiperkinesa, hiperaktivitas**
   - **Gaduh gelisah katatonik** : aktivitas motorik yang tampaknya tidak bertujuan, yang berkali-kali dan seakan-akan tidak dipengaruhi oleh rangsang luar.

c. **Tik (tic') :** pergerakan involunter, sekejap serta berkali-kali dari sekelompok otot atau bagian badan yang relatif kecil
d. **Bersikap aneh :** sengaja mengambil sikap atau posisi yang tak wajar, yang aneh atau bizar.
e. **Mannerism :** pergerakan atau perbuatan yang stereotip dan teatrikal (seperti bermain sandiwara)
f. **Stereotipi :** pergerakan berkali-kali dan tak bertujuan dari suatu anggota badan
g. **Grimis/grimace** : mimik yang aneh dan berulang-ulang
h. **Ekhopraxia :** langsung meniru pergerakan orang lain pada saat dilihatnya
i. **Automatisme perintah (command automatism):** menuruti semua perintah yang diberikan secara otomatis, tanpa memikir dahulu.
j. **Automatisme :** berbuat sesuatu secara otomatis, sebagai ekspresi simbolik aktivitas
k. **Kataplexia :** tonus otot menghilang dengan mendadak dan sejenak , timbul kelemahan umum dengan atau tanpa turunnya kesadaran , yang dapat diakibatkan oleh pelbagai keadaan emosional.
l. **Atasia-Abasia** : tidak dapat duduk, berdiri dan berjalan, akibat suatu konflik emosional
m. **Kegelisahan, gemetar , tremor**
n. **Berjalan : tidakstabil , kaku(rigid) , lambat**
o. **Gangguan Motorik (sebenarnya bukan gangguan psikomotor**) yang mungkin sekali disebabkan oleh : pemakaian

obat a.l. tremor, hipo-kinesia, dis-kinesia, akatisia karena neuroleptik, serta gangguan ortopedik dan neurologik.

(7). Afek dan Emosi

Meliputi hidup perasaan yang di ekspresikan atau dilaporkan oleh pasien. Hal ini mungkin sesuai, tatapi ada kalanya tak sesuai dengan isi bicara, misal kelihatan sedih dan mau menangis, namun dikatakannya bahwa ia tak sedih.

a. **Depresi : rasa sedih,** susah, tak berguna, gagal, kehilangan, tak ada harapan, putus asa, penyesalan yang patologis.
b. **Kecemasan / Anxiety : cemas, khawatir,** gugup, tegang ; kecemasan yang mengambang (free floating anxiety), yaitu suatu kecemasan yang menyerap dan tidak ada hubungan dengan suatu pemikiran, agitasi (kecemasan disertai kegelisahan motorik yang hebat, panik (serangan kecemasan yang hebat dengan kegelisahan, kebingungan, dan hiperaktivitas yang tak terorganisasi).
c. **Eforia :** rasa riang, gembira, senang, bahagia yang berlebihan, yang tak sesuai dengan keadaan.
d. **Anhedonia :** ketidak mampuan merasakan kesenangan, tidak timbul perasaan senang dengan aktivitas yang biasanya menyenangkan baginya.
e. **Kesepian/Kesendirian**
f. **Kedangkalan** : kemiskinan afek dan emosi secara umum : datar, tumpul, dingin.
g. Tak wajar (**in-appropiate**) : afek dan emosi yang tidak patut dalam situasi tertentu , misal tertawa terkikih-kikih waktu wawancara. Bila ekstrim sekali dapat menjadi **In-adekuat**, yaitu afek dan emosi yang bertentangan dengan keadaan atau isi bicara/pikiran.
h. **Labil** : afek dan emosi yang berubah-ubah secara cepat tanpa pengawasan yang baik, misal mendadak marah-marah atau menangis.
i. **Variasi diurnal** : variasi afek dan emosi sepanjang hari, perubahan mulai dari pagi sampai malam hari, misal pada Gangguan Bipolar afek depresi akan lebih menonjol pada pagi hari dan menjadi lebih ringan pada sore hari.
j. **Ambivalensi** : emosi dan afek yang berlawanan terhadap seseorang, objek atau sesuatu hal.
k. **Apatis** : berkurangnya afek dan emosi terhadap sesuatu atau semua hal yang disertai rasa terpencil dan ketidak – pedulian.

(8). Pikiran (dan Bicara) : bicara dan berpikir adalah 2 aksi yang sejalan.

Jalan / Alur (pikiran)

a. **Suara :** keras sekali, berteriak, monoton (tidak ada variasi nada suara seperti biasa), tegas, ragu-ragu, merengek-rengek, berbisik-bisik, hampir tak terdengar.
b. **Kecepatan :** cepatnya bicara untuk mengutarakan pikiran serta cepatnya jalan pikiran itu sendiri, mungkin lambat atau cepat.
c. **Produktivitas:** banyaknya bicara, mungkin sedikit atau banyak.
d. **Irelevansi:** isi pikiran atau ucapan yang tidak ada hubungannya dengan pertanyaan atau dengan hal yang sedang dibicarakan.
e. **Suka mengelak :** dengan sengaja menghindari pertanyaan, tidak mau menjawab secara langsung.
f. **Benturan ("blocking"):** jalan pikiran rnendadak berhenti atau berhenti di tengah sebuah kalimat. Pasien tidak dapatmenerangkan kenapa ia berhenti.
g. **Berputar-putar ("circumstantiality"):** menuju secara tidak langsung ke ide pokok dengan menambahkan banyak hal remeh-remeh yang menjemukan dan yang tidak relevan.
h. **Asosiasi-longgar :** mengatakan hal-hal yang tidak ada hubungannya satu sama lain, umpamanya "saya mau makan, semua orang dapat berjalan." Bila extrim, maka akan terjadi inkoherensi.
i. **Inkoherensi:** gangguan dalam bentuk bicara sehingga satu kalimat pun sudah sukar ditangkap atau diikuti; (suatu wahamyang aneh mungkin diterangkan secara inkoheren). Inkoherensi boleh dikatakan merupakan asosiasi yang longgar secara extrim. Umpamanya "Saya minta dijanji, tidur, lahir, dengan pakaian lengkap untuk anak saya satu atau lebih menurut pengadilan Allah dengan suami jodohnya yang menyinggung segala percobaan ...".
j. **Kabur (pengaburan):** mengatakan suatu secara samar-samar, tidak jelas artinya, tidak tepat.
k. **Secara konkrit :** kecenderungan menilai konsep-konsep secara konkrit menurut persepsi sensorik, secara harfiah, menurut arti kata yang sebenarnya dan bukan secara abstrak atau bukan menurut arti kiasannya, umpamanya mengartikan sebuah pepatah secara harfiah. Juga kecenderungan menilai sesuatu hal hanya sebagian saja dan tidak secara keseluruhan.
l. **Ekholalia:** langsung mengulangi perkataan orang lain pada saat didengarnya.

m. **Asosiasi bunyi ("clang association"):** mengucapkan perkataan yang mempunyai persamaan bunyi, umpamanya "Saya mau makan di Tarakan, seakan-akan berantakan".
n. **Neologisme:** membentuk kata-kata baru yang tidak di pahami oleh umum, umpamaya "Saya radiltu, semua partimun, pahtuki dol kimuju ".
o. **Pikiran melayang ("flight of ideas")/lari-cita :** perubahan yang mendadak lagi cepat dalam pembicaraan, sehingga suatu ide yang belum selesai diutarakannya sudah disusul oleh ide yang lain. Umpamanya seorang pasien pernah bercerita sebagai berikut: "Waktu saya datang ke rumah sakit , kakak saya baru mendapat rebewes, lalu untung saya pakai kemeja biru hingga pak dokter menanyakan, bila sudah makan dan kapan mau tidur .....**"**.
p. **Main-main dengan kata:** menyajak (membuat sajak) secara tidak wajar. Misal pernah diterima sajak yang antara lain berbunyi:
Wahai jagoku yang tersembunyi, Meskipun kau jago, Tanpa kau hatiku sunyi, Tanpa kau hatiku mewangi,
q. **Perseverasi:** berulang-ulang mengutarakan suatu ide, pikiran atau tema secara berlebihan. Umpamanya: "Nanti besok saya pulang, ya saya sudah kangen rumah, besok saya sudah beradadi rumah, sudah makan enak di rumah sendiri, ya pak dokter, satu hari lagi saya nanti sudah bisa tidur di rumah, besok ayah akan datang mengambil saya pulang . . . ".
r. **Verbigerasi:** berkali-kali mengucapkan sebuah kata, misal : "Saya mau makan, makan, makan, makan, dan seterusnya . . . ", atau "Kemarin, kemarin, kemarin, dan seterusnya . . . saya datang".
s. **Gangguan bicara** seperti yang disebabkan oleh gangguan neurologik, umpamanya dys-arthria , rhino-lalia.
t. **Koprolalia:** sering mengeluarkan kata-kata yang tidak sopan dan / yang kotor.
u. **Merengut-rengut :** komat-kamit atau bersungut-sungut yang tidak dapat dipahami dan hampir tidak terdengar ("unintelligible muttering").
v. **Logorea:** banyak bicara, kata-kata dikeluarkan bertubi-tubi tanpa kontrol, tetapi masih koheren.

Isi (pikiran) :

Ini meliputi hal yang dikatakan oleh pasien atau hal yang sedang dipikirkan olehnya. Mungkin sesuai atau tidak sesuai dengan "sikap dan tingkah-laku umum" , misalnya pasien mungkin tidak bertingkah-laku

“bergantung” (dependen), namun dilaporkan adanya perasaan tidak berdaya, rasa bergantung dan membutuhkan bantuan.

a. **Kebesaran:** menceritakan tentang harga diri, kedudukan, kekuatan, hubungan atau kekayaannya yang berlebihan. Mungkin seorang pasien menceritakan yang besar-besar, tetapi tidak mempunyai waham kebesaran.
b. **Pikiran bunuh diri ("suicidal thoughts/ideation"):** mulai dari kadang-kadang memikirkan tentang bunuh diri sampai terus-menerus memikir tentang cara bagaimanakah ia dapat membunuh dirinya.
c. **Pikiran hubungan ("ideas of reference"):** pembicaraan orang lain, benda-benda atau kejadian-kejadian dihubung-kan dengan dirinya, umpamanya burung bersiul dianggap-nya sebagai sebuah berita, atau temannya memakai kemeja warna merah berarti ia sedang marah padanya. (Pasien mungkin sadar, bahwa pikirannya itu tidak masuk akal).
d. **Pikiran yang aneh sekali (pikiran bizar):** isi pikiran yang aneh, eksentrik atau tidak biasa (tidak harus merupakan waham), misal berpikir tentang orang mati, bila sudah dikuburkan, bagaimanakah ia nanti di dalam tanah itu atau: apabila lautan menjadi kering, bagaimanakah dengan semua ikan di dalamnya? Atau: bila semua orang tidak mau makan nasi lagi, padinya akan dibikin apa?.
e. **Fobia:** rasa cemas yang irasional terhadap sesuatu benda atau keadaan dan yang tidak dapat dihilangkan atau ditekan oleh pasien, biarpun diketahuinya bahwa hal itu irasional adanya. Ini perlu dibedakan dari kecemasan yang me-ngambang ("free-floating anxiety") atau kecemasan mengenai keadaan umum, umpamanya takut akan jatuh sakit, takut gagal dalam usahanya. **(**Agorafobia : terhadap ruangan yang luas, Ailurofobia: terhadap kucing **,** Akrofobia : terhadap tempat yang tinggi**,** Algofobia : terhadap perasaan nyeri**,** Astrafobia: terhadap badai, guntur, kilat**,** Bakteriofobia : terhadap kuman**,** Eritrofobia : terhadap mukanya akan menjadi merah**,** Hematofobia : terhadap darah**,** Kankerofobia : terhadap penyakit kanker (cancerophobia)**,** Klaustrofobia : terhadap ruangan yang tertutup**,** Misofobia : terhadap kotoran dan kuman**,** Monofobia: terhadap keadaan sendirian**,** Niktofobia : terhadap keadaan gelap**,** Okholofobia : terhadap keadaan ramai dengan banyak orang, Panfobia : terhadap segala sesuatu**,** Patofobia : terhadap penyakit**,** Pirofobia : terhadap api, Sifilofobia : terhadap penyakit sifilis/lues**,** Xenofobia : terhadap orang asing**,** Zoofobia : terhadap binatang.
f. **Kompulsi :** suatu dorongan yang mendesak berkali-kali walau tidak disukai, agar berbuat sesuatu yang bertentangan dengan

keinginannya sehari-hari atau dengan kebiasaan serta norma-norma. Kompulsi itu mungkin terjadi karena fobia (misalnya: bakteriofobi mengakibatkan kompulsi cuci-cuci tangan) atau karena obsesi (obsesi barangnya hilang dapat mengakibatkan kompulsi buka-buka lemari untuk melihat barang-barangnya), misal: Dipsomania : dorongan agar minum yang banyak, Egomania : preokupasi dengan diri sendiri, Erotonamia : preokupasi dengan hal-hal sexual, Kleptomania :dorongan agar mencuri, Megalomania : dorongan agar mencari kekuasaan, Monomania: preokupasi dengan satu subyek, Nimfomania : dorongan untuk bersenggama pada wanita, Satiriasis : dorongan untuk bersenggama pada pria, Trikhotilomania:dorongan mencabut-cabut rambutnya, Ritualistik : dorongan bertingkah-laku seperti layaknya suatu upacara atau kompulsi lain, umpamanya: mencuci-cuci tangan atau mandi berjam-jam lamanya, memungut-mungut barang kecil dilantai (potongan kain, kertas, dan sebagamya), berulang-ulang menghitung-hitung uangnya, memeriksa jendela/pintu, melihat sudahkah surat ditanda-tangani hingga amplop dibuka berkali-kali, memegang-megang, menyentuh-nyentuh meja, berjalan maju harus mundur beberapa langkah baru maju lagi, menyuruh anak memberi hormat tepat sepuluh kali , dan sebagainya.

g. **Obsesi :** isi pikiran yang kukuh/menetap ("persistent") timbul, biarpun tidak dikehendakinya, dan diketahuinya bahwa hal itu tidak wajar dan salah, misalnya anaknya sedang sakit keras atau bahwa seorang wanita menjadi hamil karena perbuatannya. Obsesi itu dapat mengakibatkan kompulsi.
h. **Rasa terasing (alienasi) :** perasaan bahwa dirinya sudah menjadi lain, berbeda, asing, umpamanya heran siapakah dia itu sebenarnya; rasanya ia berbeda sekali dengan orang lain; heran kenapa orang lain sudah berbeda, menjadi asing, aneh. Dibedakan dari pikiran isolasi sosial dan amnesia.
i. **Pikiran isolasi sosial ("social isolation") :** rasa terisolasi, terkunci, terpencil dari masyarakat; rasa ditolak, tidak disukai oleh orang lain; rasa tidak enak bila berkumpul dengan orang lain; lebih suka menyendiri. Ini dibedakan dari "menarik diri" yang menunjukkan tingkah-laku dan dari "isolasi" sebagai mekanisme pembelaan psikologik.
j. **Rasa kehilangan sesuatu :** perasaan atau pikiran bahwa ia sudah tidak lagi mempunyai orang yang dekat padanya atau perasaan kehilangan suatu benda yang berharga.

k. **Merendahkan diri :** menghinakan dirinya sendiri, menyalahkan dirinya tentang suatu hal yang pernah ataupun tidak pernah dilakukannya.
l. **Merasa dirugikan** oleh orang lain: mengira atau menyangka bahwa ada orang lain yang telah merugikannya, sedang mengambil keuntungan dari padanya atau sedang mencelakakannya.
m. **Dingin dalam bidang seksual :** acuh-tak-acuh rnengenai hal sexual; kegairahan sexual berkurang secara umum (hipo-sexual). Dibedakan dari gangguan potensi sexual, misal impotensia dan frigiditas .
n. **Takut akan homoseksualitas (Obsesif-homosexualitas)** : takut digoda agar melakukan perbuatan homosexual atau takut akan menjadi seorang homosexual. Ini dibedakan dari "tingkah-laku homosexual" yang menunjukkan tingkah-laku seorang pasien.
o. **Dorongan homoseksual :** menceritakan tentang dorongan homosexualnya, yang dibedakan dari peri-laku homoseksual..
p. **Gangguan potensi seksual :** kesukaran dalam mem-pertahankan ereksi yang memuaskan waktu bersanggama.
q. **Waham / delusi :** gangguan isi pikiran yang terfiksir/melekat yang tidak sesuai dengan kenyataan/realita/logika dan tidak dapat dikoreksi serta tidak sesuai dgn kebudayaan tertentu
   - **Waham kejaran :** umpamanya pasien yakin bahwa ada orang atau komplotan yang sedang mengganggunya atau bahwa diasedang ditipu, dimata-matai atau kejelekannya sedangdibicarakan orang banyak.
   - **Waham somatik atau hipokhondrik :** keyakinan mengenai (sebagian) tubuhnya yang tidak mungkin benar, urnpamanya bahwa ususnya sudah busuk, otaknya sudah cair, ada seekorkuda, musang, tikus dll. di dalam perutnya.
   - **Waham kebesaran :** yakin bahwa ia mempunyai kekuatan, kedudukan, kepandaian atau kekayaan yang luar biasa, urnpamanya: bahwa dialah Ratu Adil, dapat membaca pikiran orang lain, mempunyai puluhan rumah atau mobil.
   - **Waham keagamaan :** waham dengan tema-tema keagamaan(dirinya adalah Nabi,dll)
   - **Waham dosa :** keyakinan bahwa ia telah berbuat dosa atau kesalahan yang besar, yang tidak dapat diampuni atau bahwa ia bertanggung-jawab atas suatu kejadian yang tidak baik, umpamanya kecelakaan keluarga akibat pikirannya yang tidak baik.

- **Waham pengaruh :** yakin bahwa pikirannya, emosi atau perbuatannya diawasi atau dipengaruhi oleh orang lain atau suatu kekuasaan yang aneh.
- **Waham nihilistik :** yakin bahwa dunia ini sudah hancur atau bahwa la sendiri dan/atau orang lain sudah mati.
- **Tingkah-laku yang dipengaruhi oleh waham :** karena waham, maka ia berbuat atau bertingkah-laku demikian. (Ada juga **waham kelompok**, seperti pada **"folie a deux",** yaitu kelompok 2 orang berwaham yang sama, **"folie a trois",** 3 orang, dan sebagainya).

r. **Rasa salah : sering** mengatakan bahwa ia telah bersalah(bukan wahamdosa).

s. **Pesimisme :** menyatakan pandangannya yang suram mengenai banyak hal dalam hidupnya.

t. **Sering curiga** : mengutarakan ketidak percayaannya kepada orang lain. Bukan waham curiga.

u. **Kasihan akan dirinya sendiri :** mengira bahwa ia sendiri terlalu menderita.

v. **Inadequat :** pembicaraan dan pikiran yang eksentrik, yang tidak cocok dengan banyak hal, terutama dalam pergaulan dan pekerjaannya.

w. **Minatnya berkurang :** menjadi acuh tak acuh terhadap banyak hal yang dahulu diperhatikan atau disenanginya, tetapi kini tidak dibicarakannya lagi.

x. **Tidak dapat mengambil keputusan :** sering ragu-ragu dalam pembicaraan dan pemikirannya.

y. **Rasa tak berdaya :** sering mengatakan bahwa ia tidak mampu.

z. **Kegagalan :** sering bercerita dan berfikir mengenai kegagalannya dalam usahanya yang telah terjadi (dibedakan dari "pesimisme").

aa. **Sakit hati :** sering menceritakan tentarig perlakuan yang menyakitkan hatinya atau, yang menyinggung perasaannya.

bb. **Pikiran Kematian :** sering bercerita dan memikir tentang kematian seorang yang dicintainya atau yang dekat padanya.

cc. **Kehilangan kontrol : s**ering berpikir tentang tidak terkontrolnya dirinya.

dd. **Pikiran Kerugian :** mernikir-mikir tentang hal merugikan orang lain atau tentang sesuatu yang dirugikan oleh orang lain.

Bentuk (pikiran) :

a. Pikiran dereistik (dereisme): cara berpikir yang tidak sesuai dengan logika dan pengalaman. Umparnanya: "Seorang pegawai negeri dan warga negara yang baik harus kebal korupsi, biarpun gajinya tidak cukup, biarpun keluarganya menderita; bila tidak tahan, silakan keluar"

b. Pikiran autistik (autisme): cara berpikir yang hanya akan memuaskan keinginannya yang tak terpenuhi tanpa memperdulikan keadaan sekitarnya; hidup dalam alam pikirannya sendiri. Kadang-kadang dipakai juga untuk pikiran dereistik. Misal : "Kita harus memberantas perjudian dan pelacuran, karena hal-hal itu merupakan "exploitation de l'homme par l'homme", adalah "homo homini lupus" adalah "machiavellisme"; karena itu kita harus mengikis habis segala bentuknya, tanpa kecuali .....".

c. Bentuk pikiran yang non-realistik: bentuk pikiran yang sama sekali tidak berdasarkan kenyataan, umpamanya: menyelidiki sesuatu yang spektakuler/revolusioner bila ditemui; mengambil kesimpulan yang aneh serta tidak masuk akal. (Merupakan gejala yang menonjol pada skizofrenia hebefrenik , di samping tingkah laku kekanak-kanakan). Dibedakan dari pikiran dereistik/autistik, tetapi kadang-kadang ketiga gangguan bentuk pikiran ini (a, b, c dijadikan satu dengan salah satu istilah itu.)

d. Preokupasi: pikiran terpaku hanya pada sebuah idea yang biasanya berhubungan dengan keadaan yang mempunyai nada emosional yang kuat. Belum merupakan obsesi atau fobi. Umpamanya: Seorang pasien yang dirawat di rumah sakit dan ingin sekali pulang hingga hal pulang ini menjadi preokupasi nya, menulis kepada dokternya: "Doa!! Oh! Tuhan, bolehkan kami pulang atau pulang pagi, siang lalu - kembali lagi. Atas kekuasaan Tuhan di bumi ini kami mohon dilaksanakan oleh dokter kami! Terima kasih".

(9). FUNGSI / KELUHAN – KONDISI SOMATIK

a. **Kekuatan atau enersi :** kemampuan menahan usaha tanpa lelah. Usaha itu mungkin tidak bertujuan, seperti pada seorang pasien dengan mania, tetap kuat dan energetik luar biasa.
b. **Nafsu makan:** kurang sekali, kurang, biasa, besar, besar sekali.
c. **Minat atau aktivitas sexual dapat m**enjadi: sangat berkurang, sedikit berkurang, sedikit bertarnbah, sangat bertambah
d. **Insomnia:** menggambarkan gangguan tidur secara keseluruhan. Janganlah mencatat malam yang paling berat saja. Adapun jenisnya sebagai berikut: sukar tidur, sudah terbangun pada pagi-pagi buta, lalu tidak dapat tidur lagi (misal pada Gangguan Afektif Bipolar episode depresif), dan sering terbangun sepanjang malam.

e. **Inkontinensia:** tidak dapat menahan buang air kecil atau besar, kadang-kadang, sering, sangat sering, dan (hampir) terus-menerus.

f. ”**Kejang-kejang** ” : serangan gangguan motorik , berupa kontraksi otot scbagian atau seluruh badan berulang-ulang yang mendadak dan sering disertai gangguan kesadaran, misalnya, histerik : disangka karena gangguan psikologik atau organik : disangka karena gangguan struktur atau biokimia otak (epilepsi).

g. Gangguan panca-indera (organik) : misalnya buta , tuli.

h. **Reaksi konversi:** gangguan somato-motorik atau somato-sensorik, sering secara simbolik menggambarkan suatu konflik emosional; dibedakan dari gangguan psikofisiologik (bagianyang terkena disarafi oleh susunan saraf vegetatif), atau daripenipuan atau simulasi yang dilakukan secara sadar dan dari gangguan nerologik yang tanda-tandanya sesuai dengan anatomi susunan saraf. Jika sudah pasti bahwa reaksi itu merupakan reaksi konversi, baru dicatat dan dicantumkan jenis reaksi itu, misal anesthesia: kehilangan indera peraba pada kulit pasien, paresthesia: indera peraba yang berubah, umpamanya merasa seperti ditusuk-tusuk jarum, seperti ada semut berjalan, merasa panas atau tebal pada kulitnya, kelumpuhan, gangguan penglihatan atau pendengaran, perasaan nyeri, pergerakan yang abnormal: umpamanya tremor, tik (tic), kejang-kejang dan ataxia.

i. **Reaksi / keluhan psikofisiologik:** gejala/gangguan pada bagian tubuh yang disarafi oleh susunan saraf vegetatif dan yang disebabkan oleh gangguan emosi. Perubahan fisiologik ini biasanya menyertai keadaan emosi tertentu; pada umumnya reversibel dan biasanya tidak mengakibatkan kerusakan jaringan yang permanent. Gangguan seperti ini mungkin terdapat padakulit : dermatitis, urtikaria, pruritus, hiperhidrosis, pada otot dan tulang: otot tegang sampai kaku: "tension headache", "lowback pain", pada alat pernapasan: sindroma hiperventilasi (bernapas ber-lebihan sehingga dapat menimbulkan rasa pusing, kepala terasa ringan , paresthesia pada tangan dan disekitar mulut, merasa berat di dada, napas rasanya pendek/kurang- panjang, tenggorokan kering, perut gembung, tetani), asthma bronchiale, pada sistem jantung dan pembuluh darah : palpitasi, hipertensi, "vascular headache", pada alat pencernaan : lambung perih , nausea dan muntah-muntah, meteorisrne, konstipasi, diare,pada sistem alat kemih dan kelamin : sering kencing, enuresis,

ejaculatio praecox, dyspareunia, dismenorea, frigiditas, impotensi (dibedakan dari hal dalam bab kekhawatiran dalam isi bicara dan pikiran) dan pada sistem panca-indera: mata berkunang- kunang, tinnitus.

j. **Kekhawatiran yang tidak wajar mengenai kesehatan fisik:** takut akan kesehatan fisik yang tidak sesuai dengan keadaan badannya yang sebenarnya. Termasuk baik prihatin tentang sebuah organ, maupun tentang beberapa organ tubuhnya (seperti pada nerosa hipokhondrik).

(10). PERSEPSI

Ini merupakan proses mengamati, mengetahui dan mengartikan segala sesuatu serta hubungan-nya, setelah panca-indera mendapat rangsang.

a. **Halusinasi:** pencerapan tanpa adanya rangsang apapun pada panca-indera seorang pasien, yang terjadi dalam keadaan sadar/bangun, baik yang disangka dasarnya organik, fungsional, psikotik, maupun histerik, semuanya dicatat jenisnya, sebagai berikut:

- **halusinasi penglihatan (visual, optik):** tak berbentuk (sinar, kilapan atau pola cahaya) atau berbentuk (orang, binatangatau barang lain yang dikenalnya), berwarna , atau tidak.
- **halusinasi pendengaran (auditif, akustik):** suara manusia, binatang atau mesin, barang kejadian alamiah, musik.
- **halusinasi pencium (olfaktorik):** mencium sesuatu bau.
- **halusinasi pengecap (gustatorik):** merasa mengecap sesuatu.
- **halusinasi peraba (taktil):** merasa diraba, disentuh, ditiup, disinari atau seperti ada ulat bergerak dibawah kulit.
- **halusinasi kinestetik:** merasa badannya bergerak dalam ruang, atau anggota badannya bergerak sendiri (anggota badan bayangan atau ”phantom limb”)
- **halusinasi viseral:** perasaan tertentu timbul di dalam tubuhnya.

  Isi : tema halusinasi, termasuk interpretasi pasien rnengenai halusinasinya (mengancam, menyalahkan, keagamaan, menghinakan, kebesaran, sexual, membesarkan hati, membujuk, atau yang baik-baik saja.)

  Keyakinan : sampai manakah pasien yakin bahwa halusinasi itu merupakan kejadian yang benar, umpamanya mengetahui bahwa hal itu tidak benar, ragu-ragu atau yakin sekali bahwa hal itu benar.

Pada orang yang normal ada kalanya tepat sebelum tertidur terjadi persepsi sensorik yang salah **(halusinasi hipnagogik)** atau tepat sebelum terbangun samasekali dari tidurnya **(halusinasi hipnopompik)** di samping pengalaman halusi-natorik dalam impian yang normal.

b. **Ilusi :** Interpretasi atau penilaian yang salah mengenai pencerapan yang sungguh terjadi karena rangsang pada panca-indera. Umpamanya: bunyi angin didengarnya seperti dipanggil namanya; bayangan daun dilihatnya seperti seorang penjahat. Adapun ilusi itu sangat dipengaruhi oleh emosi pada suatu waktu tertentu dan biasanya yang bersangkutan itu dapatmengoreksinya sesudahnya.Dibedakan dari "halusinasi" , dari "pikiran hubungan" dan dari "disorientation".
c. **De-personalisasi :** perasaan aneh mengenai dirinya atau perasaan bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasa lagi, tidak menurut kenyataan, umpamanya: rasanya seperti sudah di luar badannya atau suatu bagian tubuhnya sudah bukan kepunyaannya lagi. Dibedakan dari "waham hipo-khondrik" . Kadang-kadang ditemukan juga pada sindroma lobus parietalis.
d. **De-realisasi :** perasaan aneh mengenai lingkungannya dan tidak menurut kenyataan, umpamanya segala sesuatu di-alaminya seperti dalam impiannya. Dibedakan dari "kesadaran yang berubah" .
e. **Halusinasi histerik :** halusinasi yang timbul pada nerosa histerik karena konflik emosional.
f. **Anesthesia histerik:** kehilangan peraba karena konflik emosional, tidak sesuai dengan anatomi susunan saraf .

(11). KESADARAN

Kesadaran merupakan kemampuan individu mengadakan hubungan/relasi (melalui panca-inderanya) dengan dan pembatasan/limitasi (melalui perhatian) terhadap lingkungannya dan dirinya sendiri, sehingga terjadi orientasi (waktu, tempat dan orang) dan pengertian yang baik serta pemakaian informasi yang masuk secara efektif (melalui ingatan dan pertimbangan).

a. **Penurunan kesadaran :** kemampuan persepsi, perhatian dan pemikiran semuanya berkurang secara keseluruhan (secara kwantitatif) dengan amnesia sesudahnya. Amnesia ini mungkin bersifat Retrograd, Anterograd, Total, atau Sebagian, sedang jalannya penurunan kesadaran itu kadang-kadang berfluktuasi: kesadaran naik-turun, atau terus-menerus: tetap tidak kembali

kepada kesadaran normal, tidak naik-turun selama gangguan berlangsung.

Penurunan kesadaran itu bertingkat mulai dari apati, somnolensi, sopor dan (sub-)koma.

b. **Disorientasi atau gangguan orientasi : s**ebagai akibat gangguan kesadaran dan mengenai : waktu: tidak tahu-menahu tentang: jam, hari, pekan, bulan, tahun atau musim dan tempat: tidak tahu-menahu di manakah ia berada, serta orang: (dirinya sendiri atau orang lain): tidak tahu siapa dia sendiri itu atau salah menafsirkan identitas orang lain. Dibedakan dari "ilusi" (bab persepsi)

c. **Gangguan ingatan :** gangguan ingatan secara umurn, tidak terbatas pada suatu waktu tertentu saja (seperti pada amnesia histerik), yaitu mengenai yang baru saja terjadi: kejadian pada beberapa jam atau beberapa hari yang lampau, atau mengenai yang sudah lama berselang terjadi : kejadian beberapa tahun yang lalu.

d. **Disosiasi :** sebagian tingkah-laku atau kejadian memisah secara psikologik dari kesadaran. Ini mungkin berupa:
   - **Trans ("trance") :** keadaan kesadaran tanpa reaksi yang jelas terhadap lingkungannya yang biasanya mulainya mendadak; mungkin terdapat imobilitas dan roman mukanya kelihatan seperti bengong atau melamun; dapat ditimbulkan oleh hipnosa atau upacara kepercayaan (umpamanya: kuda kepang, kesurupan, tari keris, meditasi).
   - **Amnesia histerik :** kehilangan ingatan atas dasar psikologik, karena disosiasi itu, mengenai suatu waktu tertentu, selektif biasanya. Dibedakan dari gangguan ingatan secara umum.
   - **Fugue :** suatu periode amnesia dengan pelarian secara fisik daripada suatu keadaan yang menimbulkan banyak stress, tetapi dengan mempertahankan kebiasaan dan ketrampilan (keadaan senja histerik atau "hysterical twilight state").
   - **Serangan histerik :** suatu penampilan emosional yang jelas dengan unsur menarik perhatian dan kelihatannya tidak ada kontak dengan lingkungan. (dibedakan dari reaksi konversi dan dari 'trance').
   - **Lain-lain :** umpamanya somnambulisme, sindroma Ganser, menulis otomatis (umpamanya: pada permainan ' "jaelangkung", "mangkok berjalan", "tari meja").

Kesadaran pada trance, fugue, serangan epilepsi psikomotor, serangan histerik, somnambulisme disebut juga **"kesadaran yang berkabut" ('clouding of consciousness') dan/atau "menyempit,".**

e. **Kesadaran yang "berubah" :** tidak normal, tidak menurun, tidak meninggi, bukan disosiasi, tetapi kemampuan mengadakan hubungan dengan dan pembatasan terhadap dunia luar dan diri sendiri sudah terganggu pada taraf "tidak sesuai dengan kenyataan" (secara kwalitatif), seperti pada psikosa fungsional.

Catatan: Karena belum ada istilah yang tepat, maka dipakai kata "**berubah"**. Kesadaran **yang "terganggu"=** kesadaran yang abnormal = semua gangguan kesadaran.

f. **Paramnesia :** ingatan yang keliru karena distorsi pemanggilan kembali ("recall"), umpamanya:
   - deja vu: sesuatu yang belum pernah dilihat, tetapi seperti sudah pernah dilihatnya.
   - jamais vu: sesuatu yang sudah pernah dilihat, tetapi seperti belum pernah dilihatnya.
   - fausse reconnaissance: pengenalan kembali yang keliru.
   - konfabulasi: secara tidak sadar mengisi lubang-lubang dalam ingatannya dengan cerita yang tidak sesuai dengan kenyataan, akan tetapi pasien percaya akan kebenarannya.

g. **Hipermnesia** : penahanan dalam ingatan ("retensi") dan pemanggilan kembali dari ingatan ("recall") yang berlebihan.

(12). FUNGSI KOGNITIF (lain)

a. **Gangguan perhatian / atensi :** tidak mampu memfokusperhatian kepada hanya satu hal keadaan atau lamanya kemampuan memfokus perhatian berkurang atau daya konsentrasi terganggu. Gangguan ini dapat diobservasi oleh si pemeriksa atau hanya dikeluhkan oleh pasien saja.

b. **Lekas lengah :** perhatian sangat mudah tertarik kepada rangsang yang tidak penting atau tidak relevan dalam keadaan tertentu (intensitas perhatian berkurang).

c. **Intelegensi :** ditafsirkan secara kasar, diperhitungkan juga kecerdasan sehari-hari dalam pekerjaan, pergaulan, di sekolah atau dalam studinya serta hasilbagi inteligensi (H.I. atau IQ.), bila ada. Adapun taraf inteligensi itu adalah sebagai berikut tinggi sekali (H.I.130 atau lebih) , tinggi (110 -130), normal (86 -109), taraf perbatasan (68 - 85), retardasi mental ringan (52 -67), retardasi mental sedang (36 -51), retardasi mental berat (21-

35) , retardasi mental sangat berat (H.I. 20 ke bawah) dan dementia: penurunan inteligensi karena kerusakan jaringan otak yang ireversibel (dengan gradasi: ringan, sedang, berat, sangat berat).

(13). PERTIMBANGAN / PENILAIAN / TILIKAN

Kemampuan mengevaluasi serta menilai langkah yang dapat diambil (langkah alternatif) atau kemampuan menarik kesimpulan yang wajar berdasarkan pengalaman, seperti:

- dalam **hubungan keluarga :** dalam keluarga inti atau keluarga luas, umpamanya tidak insaf bahwa tingkah-lakunya mengganggu keluarganya.
- dalam **hubungan sosial** lain : umpamanya merasa dirinya dirugikan atau dihalang-halangi secara terus-menerus.
- **dalam pekerjaan** : umpamanya harapan yang tidak realistik daripada pekerjaannya.
- **dalam rancangan untuk hari kemudiannya :** pasien tidak mempunyai rancangan atau pemeriksa menilai bagaimana pertimbangan pasien tentang rancangan yang ada padanya

3.5. Evaluasi

DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN PSIKIATRI

NAMA : .....

NIM : .....

TANGGAL : .....

Checklist **Persiapan Pemeriksaan Psikiatri**

No	Kriteria Persiapan pemeriksaan	Skor			Bobot-Nilai
		0	1	2	
1.	Menyiapkan alat tulis dan formulir status				
2.	Mengucapkan salam/memperkenalkan diri				
3.	Menyampaikan maksud dan tujuannya				
4.	Menampilkan rasa empati pada pasien				
	Menilai Penampilan , terdiri dari :				
5.	Menilai Roman Muka pasien (observasi)				
6.	Menilai Sikap pasien (observasi)				
7.	Menilai Tingkah-Laku pasien (observasi)				
8.	Menilai Decorum pasien (observasi)				
9.	Menilai Kontak dan Rapport				

Keterangan:

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan dgn. tidak benar Nilai

2 = dilakukan dengan benar

Checklist **Penggalian/Pengenalan Tanda dan Gejala Gangguan jiwa**

No	Kriteria Penggalian/pengenalan Tanda dan Gejala Gangguan jiwa	Skor			Bobot-Nilai
		0	1	2	
1.	Memeriksa Cara Bicara pasien				
2.	Memeriksa Tingkah laku - Psikomotor				
4.	Memeriksa Emosi – Affek pasien				
5.	Memeriksa Pikiran pasien				
6.	Memeriksa Persepsi pasien				
7.	Memeriksa Fungsi Kognisi, yaitu :				
a.	Memeriksa Kesadaran pasien				
b.	Memeriksa Orientasi pasien				
c.	Memeriksa Perhatian/Atensi/Konsentrasi				
d.	Memeriksa Memori/Ingatan pasien				
e.	Memeriksa Intelegensi pasien				
f.	Memeriksa Kalkulasi/Berhitung pasien				
g.	Memeriksa Penilaian Abstrak				
h.	Memeriksa Tilikan/Wawasan/Penilaian				
8.	Menilai Kematangan Jiwa pasien (PM)				

Keterangan:
0 = tidak dilakukan
1 = dilakukan dgn. tidak benar Nilai
2 = dilakukan dengan benar

Checklist **Menyusun Status Psikiatrikus :**

No	Kriteria Menyusun Status Mental/Psikiatrikus	Skor			Bobot-Nilai
		0	1	2	
1.	Menyiapkan lembar Status Psikiatrikus / Status Mental-Psikikus				
2.	Menghimpun data : tanda dan gejala yang didapat (dari penampilan dan gejala gangguan-gangguan fungsi kognitif, emosi-afek, psikomotor, persepsi dan pikiran)				
3.	Menyusun status mental-psikikus / status psikiatrikus pasien berdasar gejala dan tanda yang didapat dari pasien				

Keterangan:
0 = tidak dilakukan
1 = dilakukan dgn. tidak benar Nilai
2 = dilakukan dengan benar

3.6. HASIL PEMERIKSAAN PSIKIATRI

Nama Pasien : Nama Ko-Ass / Mahasiswa :

MRS Tanggal : Umur : L/P

STATUS PSIKIKUS (*) :

Penampilan (observasi) : (Sikap , Rupa/Roman Muka , Decorum dan Tingkah laku)

Kontak dan Rapport :

Cara Bicara :

Tingkah Laku / Psikomotor :

Emosi – Afek :

Pikiran dan Persepsi :

Bentuk Pikiran :

Jalan Pikiran :

Isi Pikiran :

Persepsi :

Fungsi Kognisi

Kesadaran :

Orientasi :

Konsentrasi :

Memori :

Kalkulasi :

Intelegensia :

Penilaian Abstrak :

Tilikan / Wawasan Penyakit (Insight of Illness) :

Panduan penyusunan (Contoh)

STATUS PSIKIATRIKUS (non psikotik)

NO	STATUS PSIKIATRIKUS	SIGN AND SYMPTOM	OBSERVASI/PERTANYAAN	NON PSIKOTIK
1.	Penampilan (kesan pertama bertemu)	Sikap, Roman Muka , Decorum dan Perilaku/Ting Kah-Laku (misal cara berpakaian, BB, TB, cacat fisik, tanda-tanda fisik, gangguan berjalan, sikap badan, cara berpakaian, kebersihan, tingkah laku aneh, kontak mata, sopan santun) Contoh: Kooperatif, tidak kooperatif, menarik diri, eksentrik/ tidak wajar (aneh), curiga, marah, mengoda, membantah, membangkitkan amarah, pasif, impulsif, mengu-asai, berhati-hati, putus asa, kurus, jorok.	Observasi	Sesuai yangterpapar
a.	Roman Muka	Biasa, tegang, marah, bosan, sedih, khawatir, cemas , takut , murung, waspada, curiga bingung, dungu/silly,	Observasi	Biasa, murung, tegang, cemas , Sedih, dll.

NO	STATUS PSIKIATRIKUS	SIGN AND SYMPTOM	OBSERVASI/PERTANYAAN	NON PSIKOTIK
		gembira, angkuh, tidak ber-ekspresi, muka topeng, grimace.		
b.	Sikap	Positif, negatif, ambivalen, netral, tak dapat dinilai/diketahui	Observasi	Positif, netraldll.
c.	Tingkah laku	Kooperatif, non-kooperatif Menarik diri, tidak wajar,tergg dlm aktifitas bertujuan, curiga, marah, tl suicide, mutilasi diri, antisosial, impulsif, pasif, dependen, menguasai, waspada rendah diri, ritualistik, putus asa,suka lesu, apatis, dramatisasi,, seduktif, dll	Observasi	Sesuai ygterpapar
d.	Dekorum	Sopan santun Cara berpakaian Kebersihan diri	Observasi	Baik, tak terganggu
e.	Kontak	Ada/ tidak ada	Adanya kontak psikis antara pasien dan dokter	Ada
f.	Rapport	Adekuat/cukup/kurang/ tidak adekuat	Kualitas hubungan timbal balik yang serasi antara dokter dan pasien	Cukup/ adekuat

NO	STATUS PSIKIATRIKUS	SIGN AND SYMPTOM	OBSERVASI/PERTANYAAN	NON PSIKOTIK
2.	***Fungsi Kognisi :***			
a.	Kesadaran	Kwantitatif: Compos mentis, apathy, somnolen, soporus, koma Kwalitatif: Stupor, twilight state, kesadaran berkabut, disosiatif : trance, fugue, amnesia-histerik, dan depersonalisasi	Observasi dan pemeriksaan	Komposmentis
b.	Orientasi (tempat, waktu, orang)	Disorientasi tempat, disorientasi diri/orang, disorientasi waktu.	Pemeriksaan : Pertanyaan kunci a.l. -Apakah anda bisa menyebutkan hari ini tanggal berapa? -Apa nama tempat diman kita ini berada sekarang ? -Apakah anda mengenal (orang)…..ini/itu… dst…?	Tidak terganggu
c.	Perhatian / Atensi	Mudah teralih (distractable), perhatian berlebihan, tak ada perhatian sama sekali(a-proseksia) , perhatian kurang(hipo-proseksia)	Observasi dan Pemeriksaan, Pertanyaan : -Apakah anda mengalami kesulitan dalam ber konsentrasi tentang suatu hal ???	Bisa normalatau Attensi kurang, dll

NO	STATUS PSIKIATRIKUS	SIGN AND SYMPTOM	OBSERVASI/PERTANYAAN	NON PSIKOTIK
d.	Memori	Immediate memory, Recent memory,remote memory : Amnesia, antero-grad amnesia, retrograde amnesia, paramnesia, hipermnesia	Pemeriksaan : -Sekarang, saya akan menyebut 3 macam nama benda, harap anda menirukan /mengulangi nya begitu saya selesai menyebutkannya ! -Bagaimana anda datang ketempat ini ? -Dimana anda tinggal , sewaktu anda masih kecil ?	Tidak terganggu
e.	Intelegensia (dan Kalkulasi / kemampuan berhitung)	Sesuai/tidak sesuai dengan usia, atau dengan tingkat pendidikan nya ?	Pertanyaan : (ditanyakan tentang pengeta-huan umum yang seharusnya diketahui secara normatif, misal soal berhitung, nama-nama tempat didunia, nama presiden –kepala Negara saat ini , dll).	Tidak terganggu, kecuali padakasus Retardasi mental
f.	Penilaian / Tilikan / Wawasan	Norma sosial Adanya waham/delusi Wawasan penyakit yang diderita nya.	Pemeriksaan : Pertanyaan diajukan terhadap sikap/perilaku penderita yang tidak wajar, tak sesuai dengan norma sosial yang ada. -Kenapa anda berbicara /bersikap seperti itu, bukankah dokter, atau perawat itu	Biasanya tidak terganggu, penilaian/tilikan : dalam batas normatif

NO	STATUS PSIKIATRIKUS	SIGN AND SYMPTOM	OBSERVASI/PERTANYAAN	NON PSIKOTIK
			lebih tua usianya dari anda ? -Mengapa anda dibawa ke rumah sakit ini ? Apakah anda sakit ? atau : -Apakah anda punya masalah kejiwaan/ mental ? Pertanyaan-pertanyaan sekitar waham/delusi yang ada pada pasien !	
3.	Persepsi	Ilusi Halusinasi (lihat, dengar, raba, kecap, bau/cium)	Pemeriksaan : -Apakah anda pernah mendengar suara-suara yang orang lain tidak dapat mendengar? -Apakah anda pernah mendapat-kan “penampakan” atau melihat /membau sesuatu /merasa ada yang menjalar di kulit, dimana orang lain, disekitar anda , tidak merasakan hal itu ? dll	Tidak ada
4.	Pikiran (dinilai dr Bicara) : Bentuk Alur Isi (Organisasi)	Bentuk : autistic, dereistik, non-realistik, konkrit, abstraktif. Jalan : koheren, lari-cita, inkoherensia, irrelevan, circumstantiality, tangentiality, blocking, asosiasi-	Pemeriksaan : Pertanyaan (beberapa contoh) : -Apakah anda yakin , bahwa ada orang yang memata-matai anda ? - Apakah anda merasa ada komplotan yang hendak	Realistik, koheren, isi pikiran relatiftak terganggu. Pada beberapa kasus Depresi mungkin didapatkan ide-ide

NO	STATUS PSIKIATRIKUS	SIGN AND SYMPTOM	OBSERVASI/PERTANYAAN	NON PSIKOTIK
		longgar, perse - verasi, verbigerasi, asosiasi bunyi, neologisme , “ kabur” , dll. Isi : waham/delusi, alienasi,obsesif-kompulsif, fobia, suicide idea / thought, idea of reference , social-isolation, homosexual-drive dll.	mencelakai(membunuh), anda ? -Apakah anda merasa bahwa orang disekitar anda selalu mem-perhatikan gerak-gerik anda ? - Apakah anda memiliki kepandaian/kehebatan/kekayaan Yang jauh diatas orang lain ? -Apakah anda terganggu oleh pikiran yang selalu datang , berulang, tentang sesuatu yang sama, walau anda sudah mencoba untuk mencegah nya ? -Apakah anda selalu merasa takut, sendirian berada ditempat umum yang ramai(mall, pasar, stasiun, terminal, dll) ? -Apakah anda berpikir/ pernah berpikir , untuk mengakhiri hidup anda ?-Apakah anda memiliki masalah dengan kesehatan badan anda, dimana dokter belum dapat menjelaskan nya pada anda ? dll.	bunuh diri, obsesif thinking , dll.

NO	STATUS PSIKIATRIKUS	SIGN AND SYMPTOM	OBSERVASI/PERTANYAAN	NON PSIKOTIK
5.	Emosi : Mood Afektif	Depresif, cemas/anxious, Panic-attack / serangan panik, euphoria, irritable, impulsive, in-appropiate, datar, dangkal,ambivalen, labil/tidak stabil	Pemeriksaan : -Bagaimana perasaan anda saat ini ? - Apakah saat ini anda merasa sedih/depresi/tidak bahagia ? -Apakah anda merasa kawatir, nervus, cemas, tegang ? -Apakah anda merasa panic/ merasa takut yang luar biasa/yang mendadak anda rasakan, dan anda tidak tahu apa penyebabnya ? -Apakah anda merasa sangat gembira/ bahagia sekali ? -Apakah anda merasa sangat mudah marah, untuk hal-hal yang sepele ? -Apakah anda pernah marah-marah spontan, tanpa sebab yang berarti ?	Sesuai keadaan pasien, bisacemas , murung, tegang, sedih, depresif, dll
6.	Tingkah laku-Psikomotor	Gangguan psikomotor : Kelambatan/retardasi : hipoaktifitas, hipokinesia,,stupor, fleksibilitas cerea, katalepsi, katapleksi,. Peningkatan	Observasi dan Pemeriksaan : -Apakah anda merasa ada sesuatu yang berubah dengan perilaku anda ? -Apakah anda merasa sering melakukan suatu	Bisa terganggu ,misal peri laku kompulsif, retardasi (pada depresi dancemas), hiperaktif dll.

NO	STATUS PSIKIATRIKUS	SIGN AND SYMPTOM	OBSERVASI/PERTANYAAN	NON PSIKOTIK
		aktifitas : Hiperkinesia, hiperaktifitas ,excitement (gaduh gelisah). Manerism, stereotipi, grimas/grimace, ekhopraxia, automatisme perintah, dll.	pekerjaan yang anda ulang-ulang, walau anda sudah berupaya mencegahnya ? missal : Berulang-ulang mencuci tangan anda, menghitung sesuatu(misal uang) , mengecek sesuatu, atau memerintakan suatu pekerjaan ??	
7.	Cara Bicara (Sejalan dengan Pikiran)	Mutisme, logore, blocking, Negativism, bicara meloncat-loncat, koheren-inkoheren., perlambatan/retardasi dll	Observasi dan Pemeriksaan : Pertanyaan sejalan dengan pertanyaan tentang Gangguan Pikiran.	Koheren, kadang perlambatan, pembicaraancepat, dll.

3.7. Referensi

1. Saddock, Benjamin James ; Saddock,Virginia Alcott : Kaplan-Saddock's, Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry,Lippincott William & Wilkins, 11-ed., 2015
2. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Pelayanan Medik , Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia – III, Cetakan I, 1993
3. Kupfer, David J et.all, Oxford American Handbook of Psychiatry, Oxford Medical Publications, Oxford University Press, New York, 2008
4. Manley, Myril RS, Psychiatry Clerkship Guide, Second Edition, Mosby Elsevier, 2007

3.8. Narasumber

1. Raden Dewi Rahmi Kusumawardhani Kusumo, dr., Sp.KJ.
2. Prof. H.Nizar Zainal Abidin, dr., Sp.KJ(K).
3. Dr. Hj.Chatidjah Satryo Wibowo, dr., Sp.KJ(K).
4. L.Kabul Budianto, dr., Sp.KJ(K).
5. Irwanto Ichlas, dr., Sp.KJ(K)
6. Dr. Arlisa Wulandari, dr., Sp.KJ., M.Kes.
7. Hasrini Rowawi, dr. SpKJ(K)., MHA.

KETERAMPILAN MEDIK KE- 4
POKOK BAHASAN : DIAGNOSIS DAN IDENTIFIKASI MASALAH
TANGGAL : …….

4.1 SASARAN BELAJAR :

Setelah mengikuti keteramplilan medik ini, mahasiswa mampu:

a. Mengidentifikasi masalah fisik, psikologis dan sosial
b. Menentukan diagnosis banding dan diagnosis kerja gangguan psikiatrik
c. Mengidentifikasi bila terdapat kedaruratan psikiarik
d. Mempertimbangkan prognosis dan indikasi rujuk

4.2 PENDAHULUAN

Pemeriksaan psikiatri lengkap berbeda dari pemeriksaan medik umum, dalam hal perhatian khusus yang ditujukan pada manifestasi fungsi mental, emosional dan perilaku. Pemeriksaan psikiatrik dilakukan untuk menyusun laporan tentang keadaan psikologik dan psikopatologik pasien yang dituangkan dalam status psikiatrikus. Data khusus psikiatrik yang dihasilkan dari pemeriksaan psikiatrik adalah data tentang fungsi kejiwaan yang diperoleh melalui observasi penampilan dan perilaku pasien, pengamatan interaksi antara dokter dan pasien, pengamatan interaksi antara pasien dan lingkungannya dan pemahaman humanistik seorang dokter tentang pasiennya.

Pemeriksaan ini diarahkan dan data diungkapkan dalam pembicaraaan antara dokter dan pasien yang disebut wawancara psikiatrik. Wawancara merupakan wadah utama pemeriksaan psikiatrik. Agar wawancara dapat menghasilkan data yang dapat diandalkan, diupayakan untuk menciptakan dan memelihara hubungan yang optimal antara dokter dengan pasien. Kepentingan memelihara hubungan dokter dan pasien ini mendahului kepentingan memperoleh data, karena bagaimanapun data mengenai kejiwaan yang diperoleh tanpa hubungan yang optimal dapat mengelirukan kesan-kesan klinis tentang pasien. Jika kita ingin bertanya tentang gejala pasien, harus dipertimbangkan bilamana dan bagaimana kita kan menanyakan itu kepada pasien. Jika konteksnya kurang tepat, misalnya pasien dipermalukan atau tersinggung oleh pertanyaan dokter, kemungkinan pasien akan menolak atau menyangkal atau mengarang jawabannya.

Pada umumnya wawancara akan efektif jika berlangsung secara alamiah dengan nada yang mirip percakapan biasa atau sehari-hari, tidak kaku atau tidak seperti serangkaian pertanyaan yang “ditembakkan” langsung kepada pasien. Wawancara akan lebih efektif bila tidak memberikan kesan bahwa dokter tidak “memburu” gejala atau bahkan mencoba “memprovokasi” gejala-gejala tersebut. Tehnik yang paling penting dalam melakukan wawancara psikiatrik adalah dengan membiarkan pasien bicara dengan perkataannya sendiri, sesuai dengan urutan yang dirasakannya penting. Dokter perlu sensitif untuk mendeteksi hal-hal yang bermakna yang ingin disampaikan pasien.

Dokter harus terampil untuk bertanya dan menelusuri lebih lanjut tentang hal-hal yang bermakna yang diungkapkan pasien baik yang tersurat maupun yang tersirat dalam menceritakan riwayat psikiatri dan status mentalnya.
Menentukan diagnosis banding, diagnosis kerja dan mengidentifikasi permasalahan pada seseorang yang diduga mengalami masalah kejiwaan memerlukanpengetahuan yang menyeluruh mengenai orang yang bersangkutan baik secara fisik maupun psikis, sehingga sebelum mengikuti ketrampilan medik ini diharapkan mahasiswa telah menguasai ketrampilan wawancara psikiatrik, pemeriksaan psikiatrik dan pemeriksaan fisik diagnostik. Mahasiswa juga diharapkan untuk dapat memberikan gambaran kepada pasien dan keluarganya mengenai prognosis dari penyakitnya dan memberikan anjuran perawatan lanjutan/rujukan bila diperlukan.

4.3 PELAKSANAAN KETERAMPILAN MEDIK

1. Metode : menggunakan probandus

2. Tujuan : merangkum hasil wawancara psikiatrik, pemeriksaan psikiatrik dan pemeriksaan fisik diagnostik, untuk menentukan diagnosis banding dan diagnosis kerja gangguan psikiatrik, mengidentifikasi kedaruratan psikiarik, mengidentifikasi masalah fisik, psikologis dan sosial, serta mempertimbangkan prognosis dan indikasi rujuk.

3. Cara kerja:

3.1. Menyimpulkan hasil wawancara psikiatrik / anamnesis :

Berdasarkan auto anamnesis dan hetero anamnesis yang didapat, dibuat resume perjalanan penyakit pasien (Riwayat Penyakit Sekarang dan Riwayat Penyakit Dahulu)

a) Keluhan Utama
b) Riwayat Penyakit Sekarang (kronologis mulai dari awal sakit, faktor pencetus, perjalanan penyakit, gejala psikiatrik yang dialami)
c) Riwayat Penyakit Dahulu (Perawatan sebelumnya, berapa kali menderita gangguan jiwa, lama sakit, faktor pencetus, pengobatan sebelumnya)
d) Riwayat Keluarga (terutama riwayat gangguan jiwa pda keluarga)

3.2. Menyimpulkan hasil pemeriksaan psikiatrik :

a) Penampilan (roman muka, rapi/ lusuh, tegang/santai, tampak cemas, aneh)
b) Perilaku dan Psikomotor (hiperaktif, perlambatan motorik, agitasi, tics)
c) Sikap terhadap pemeriksa (kooperatif,defensif, apatis, galak, berhati-hati, curiga)
d) Bicara (mutisme, logore, lancar, negativistic)
e) Mood dan Afek
    - Mood (eutim, hipotim, labil, *iritabel*, cemas, euforia)
    - Afek (normal, terbatas, tumpul, mendatar)
    - Keserasian mood dan afek (serasi , tidak serasi)

f) Pikiran
    - Bentuk pikiran (realistik, autistik)
    - Isi pikiran (waham, ide bunuh diri, preokupasi, obsesif)
g) Persepsi (halusinasi, ilusi)
h) Sensorium
    - Kesadaran
    - Orientasi (orang, tempat, waktu)
    - Konsentrasi
    - Memori (*immediate*, *recent*, *long term*)
    - Perhatian (tidak mudah/ mudah teralihkan)
    - Kalkulasi, Pengetahuan umum, Daya abstrak
i) Wawasan/Tilikan diri (*Insight*)
j) Kemampuan mengambil keputusan (*Judgement*)

3.3. Menyimpulkan hasil pemeriksan fisik diagnostik :

a) Bagaimana kesan keadaan umum dan gizi pasien
b) Apakah ada kelainan pada pemeriksaan tanda vital (Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Respirasi)
c) Apakah ada kelainan pada pemeriksaan fisik (Kulit, Kepala, Leher, Thoraks, Abdomen, Genetali, Ekstrimitas, Kelenjar Getah Bening, Keadan susunan saraf)

3.4. Menentukan diagnosis banding dan diagnosis kerja :

Secara umum , gangguan jiwa yang sering didapatkn adalah gangguan jiwa yang tergolong dalam :

a) Gangguan jiwa yang disebabkan kondisi medis umum (Gangguan Mental Organik)
b) Gangguan jiwa yang berhubungan dengan penyalahgunaan zat
c) Gangguan psikotik (skizofrenia, skizoafektif, gangguan waham)
d) Gangguan Suasana Perasaan (depresi, gangguan afektif bipolar)
e) Gangguan Cemas (gangguan panik, obsesif kompulsif, PTSD, gangguan stres akut)
f) Gangguan *Somatoform*
g) Gangguan tidur (insomnia)

3.5. Mengidentifikasi kedaruratan psikiarik :

Kedaruratan psikiatrik adalah kondisi seseorang memerlukan penatalaksanaan segera karena kondisi kejiwaannya, yang sering dilanjutkan dengan perawatan di fasilitas perawatan psikiatrik. Indikasi rawat untuk gangguan kejiwaan adalah sebagai berikut :

a) Membahayakan orang lain (melukai orang lain, mencekik, menyerang)
b) Membahayakan diri sendiri (bunuh diri, tidak mau makan dan minum)
c) Ketidak mampuan mengurus diri
d) Merusak barang/lingkungan
e) Dalam kondisi membutuhkan perawatan psikiatrik, ada tanda-tanda kemunduran kondisi psikis

3.6. Mengidentifikasi masalah fisik, psikologis dan sosial :

Mengidentifikasi apakah ada kondisi fisik, masalah psikologis dan kondisi lingkungan sosial yang dapat berpengaruh pada perjalanan penyakit atau keberhasilan pengobatan.

- Apakah ada komorbiditas dengan penyakit fisik lain, kecacatan, dan sebagainya.
- Apakah ada kondisi psikososial yang mempersulit rencana penatalaksanaan , (masalah ekonomi, masalah dalam keluarga, masalah dengan lingkungan)

3.7. Mempertimbangkan prognosis dan indikasi rujuk :

Mempertimbangkan untuk melakukan konsultasi spesialistik/melakukan rujukan pada penyakit dengan prognosis buruk atau penyakit yang memerlukan penatalaksanaan spesialistik (misal.Penyakit dengan kompetensi 3).

4.4 EVALUASI

DAFTAR TILIK DIAGNOSIS DAN IDENTIFIKASI MASALAH

NAMA : .....
NIM : .....
INSTRUKTUR : .....

No	Aspek yang dinilai	Skoring			Bobot	Nilai
		0	1	2		
I	**ANAMNESIS**					
1	Keluhan Utama					
2	Riwayat Penyakit Sekarang (*mulai sakit*, *perjalanan penyakit*, *keluhan/gejala*)					
3	Riwayat Penyakit Dahulu (*riwayat gangguan jiwa sebelumnya*, *pengobatan sebelumnya*)					
4	Riwayat Keluarga (*riwayat gangguan jiwa pada keluarga*)					
II	**HASIL PEMERIKSAAN PSIKIATRIK**					
1	Penampilan (roman muka, kesan tampilan keseluruhan)					
2	Perilaku dan Psikomotor					
3	Sikap terhadap pemeriksa					
4	Bicara					
5	Mood dan Afek					
6	Pikiran (bentuk dan isi pikiran)					
7	Persepsi (halusinasi, ilusi)					
8	Sensorium • Kesadaran • Orientasi (orang, tempat, waktu) • Konsentrasi • Memori (*immediate*, *recent*, *long term*) • Perhatian • Kalkulasi, Pengetahuan umum, Daya abstrak					
9	Wawasan/Tilikan diri (*Insight*)					
10	Kemampuan mengambil keputusan (*Judgement*)					
III	**HASIL PEMERIKSAAN FISIK**					
1	Keadaan Umum (Kesadaran)					
2	Tanda Vital					

No	Aspek yang dinilai	Skoring			Bobot	Nilai
		0	1	2		
3	Laboratorium Rutin					
IV	**DIAGNOSIS BANDING , DIAGNOSIS KERJA**					
1	Diagnosis Banding					
2	Diagnosis Kerja					
V	**KEDARURATAN PSIKIATRIK**					
1	Membahayakan diri sendiri (*ide bunuh diri*, *melukai diri*, *menolak makan/minum*)					
2	Membahayakan orang lain (*mengancam/melukai orang lain*, *mengamuk*)					
VI	**IDENTIFIKASI MASALAH FISIK, PSIKOLOGIS DAN SOSIAL**					
1	Masalah Fisik (Komorbiditas, Cacat fisik,dll)					
2	Masalah Psikososial					
VII	**PROGNOSIS DAN INDIKASI RUJUK**					
1	Prognosis					
2	Indikasi Rujuk					
	TOTAL					

Keterangan :
0 : tidak dikerjakan
1 : dikerjakan tidak sempurna2 : dikerjakan sempurna
Nilai akhir = Total skor x 100 =

4.5 REFERENSI :

1. Sadock BJ, Sadock VA : *Kaplan-Sadock's Synopsis of Psychiatry-Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, 10th ed, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 1-11, 272
2. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Pelayanan Medik : *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III*, cetakan I, 1993
3. Manley, Myril RS : *Psychiatry Clerkship Guide*, 2nd ed., Mosby Elsevier, 2007

4.6 NARASUMBER

dr. Agung Hermawanto, Sp.KJ., Subsp.Ad (K)