

SKILL LAB. SISTEM NEUROPSIKIATRI

**BUKU PANDUAN MAHASISWA
TEHNIK
KETERAMPILAN WAWANCARA**



**Skill Lab. Sistem Neuropsikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
Makassar
2014**

PENGANTAR

Buku panduan skill lab. Sistem Neuropsikiatri ini berisi 2 (DUA) keterampilan utama, yaitu :

1. Anamnesis keluhan utama yang berhubungan dengan sistem Neuropsikiatri dimana penggalan riwayat penyakit sudah lebih spesifik mengarah ke sistem Neuropsikiatri,
2. Keterampilan pemeriksaan status mental dan ketrampilan menegakkan diagnostik. Diharapkan setelah selesai mengikuti kegiatan keterampilan klinik ini, mahasiswa mampu melakukan anamnesis lengkap dan pemeriksaan status mental sehubungan sistem ini secara berurutan serta mengetahui keadaan normal ataupun abnormal dari sistem ini.

Buku panduan ini selain memuat panduan belajar langkah-langkah melakukan anamnesis, pemeriksaan status mental, juga berisi daftar tilik dalam bentuk lembar penilaian dari instruktur terhadap mahasiswa sebagai penilaian akhir serta membantu dalam menilai kemajuan tingkat keterampilan yang telah dilatih.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam pembuatan dan penyusunan buku panduan ini.

Makassar, Agustus 2014

Koordinator Skill Lab.Sistem Neuropsikiatri

TEHNIK WAWANCARA (ANAMNESIS) SISTEM NEUROPSIKIATRI

Pengertian

Pemeriksaan psikiatri dilakukan melalui wawancara dan pengamatan terhadap pola pikir, persepsi, ekspresi perasaan dan perilaku (Status Mental). Kegiatan ini sangat penting sebagai langkah awal yang dapat membantu pemeriksa dalam mengarahkan diagnosis penyakit pasien. Keluhan yang diajukan seorang pasien yang diambil dengan teliti akan banyak membantu menentukan diagnosis dari suatu penyakit. Banyak macam keluhan yang diajukan oleh seorang penderita sistem neuropsikiatri. Walaupun demikian tidak selalu keluhan-keluhan mengenai mental emosional yang berhubungan dengan gangguan neuropsikiatri, sehingga diperlukan suatu kesabaran dalam mengambil anamnesis dari seorang pasien.

Pemeriksaan status mental meliputi penilaian status mental, penilaian kesadaran, penilaian aktivitas psikomotorik, penilaian orientasi, penilaian persepsi, penilaian bentuk dan isi pikir, penilaian mood dan afek, penilaian pengendalian impuls, penilaian menilai realitas, penilaian kemampuan tilikan (insight), penilaian kemampuan fungsional .

Indikasi

Anamnesis dan pemeriksaan status mental dilakukan untuk :

1. Mengetahui diagnosis dari seorang pasien
2. Membantu dalam menyusun rencana terapi farmakologik dan non-farmakologik
3. Mengetahui perkembangan serta kemajuan terapi pada pasien
4. Digunakan sebagai standar pelayanan dalam memberikan pelayanan yang paripurna terhadap pasien

Tujuan pembelajaran

Tujuan Umum :

Setelah kegiatan ini mahasiswa mampu melakukan anamnesis lengkap dan pemeriksaan status mental secara berurutan dan mampu mengetahui keadaan normal dan abnormal pada sistem tersebut.

Tujuan Khusus :

Setelah kegiatan ini mahasiswa mampu :

1. Melakukan anamnesis dengan pasien secara lengkap
2. Mempersiapkan pasien dalam rangka pemeriksaan fisik dan pemeriksaan status mental
3. Melakukan penilaian status mental
4. Melakukan pemeriksaan sesuai prosedur yang ada

Media dan alat bantu pembelajaran :

- Daftar panduan belajar anamnesis dan pemeriksaan status mental
- Status psikiatri penderita, alat tulis (pena, ballpoint)
- Audio-visual

Metode pembelajaran :

1. Demonstrasi sesuai dengan daftar panduan belajar
2. Ceramah
3. Diskusi
4. Partisipasi aktif dalam skill lab. (simulasi)
5. Evaluasi melalui *check list* / daftar tilik dengan sistem skor

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	5 menit	Pengantar
2. Demostrasi bermain tanya – jawab (anamnesa) baik menggunakan video atau dicontohkan oleh dua orang	30 menit	1. Mengatur posisi duduk mahasiswa 2. Instruktur memutar video tehnik wawancara, atau 3. Dua orang instruktur kedepan

instruktur.		<p>klas, memberikan contoh bagaimana cara melakukan anamnesa lengkap, seorang berperan sebagai dokter, dan yang lain sebagai pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mahasiswa menyimak/mengamati 5. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya dan instruktur memberikan penjelasan tentang aspek-aspek yang penting
3. Praktek bermain peran dengan umpan balik	100 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mahasiswa dibagi dalam kelompok kecil. 2. Setiap kelompok terdiri dari 3 (tiga). 3. Setiap kelompok bermain peran, 1 orang berperan sebagai dokter (pemeriksa), 1 orang berperan sebagai pasien, 1 orang berperan sebagai pengamat. 4. Instruktur memberikan tema khusus atau keluhan utama kepada pasien dan selanjutnya akan ditanyakan oleh si pemeriksa (dokter) 5. Masing-masing mahasiswa berperan sesuai dengan peran yang diterima. 6. Dokter bertanya sesuai dengan panduan tehnik wawancara yang diberikan. 7. Pasien menjawab pertanyaan sesuai dengan skenario gangguan yang diberikan oleh instruktur.

		<p>8. Pengamat mengamati proses wawancara yang dilakukan oleh temannya yang berperan sebagai dokter (pemeriksa) dan pasien (yang diperiksa) dengan menggunakan daftar tilik yang disediakan,</p> <p>9. Instruktur berkeliling diantara mahasiswa dan melakukan supervisi menggunakan daftar tilik</p> <p>10. setiap mahasiswa paling sedikit berlatih 1 kali</p>
4. Curah pendapat / diskusi	15 menit	<p>1. curah pendapat / diskusi tentang : apa yang dirasakan mudah atau sulit ? menanyakan bagaimana perasaan mahasiswa yang berperan sebagai pasien. Apa yang dilakukan oleh dokter agar pasien merasa nyaman?</p> <p>2. instruktur menyimpulkan dengan menjawab pertanyaan terakhir dan memperjelas hal-hal yang masih belum dimengerti</p>
Total waktu	150 menit	

PENUNTUN BELAJAR SISTEM NEUROPSIKIATRI

DASAR-DASAR TEORI

LAPORAN PSIKIATRI

I. Riwayat Psikiatri

A. Identitas Pasien

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Suku /Bangsa :

Status perkawinan :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

MRS ke :

B. **Keluhan Utama** : Apa alasan pasien datang ke psikiater ? lebih disukai sesuai dengan kata-kata pasien. Jika informasi itu bukan dari pasien, catat siapa yang menyampaikan.

C. **Riwayat Penyakit Sekarang** : Latar belakang kronologis dan perkembangan gejala dan perubahan perilaku sampai mencapai puncaknya sehingga pasien meminta bantuan. Keadaan pasien pada saat gejala itu muncul (onset), kepribadian ketika sehat, bagaimana penyakit itu mempengaruhi aktivitas dan hubungan personalnya – perubahan kepribadian, minat, suasana perasaan, sikap terhadap orang lain, cara berpakaian, kebiasaan, tingkat ketegangan, kepekaan, aktivitas, perhatian, konsentrasi, daya ingat, bicara ; gejala psikofisiologik – sifat dan rincian disfungsi, nyeri – lokasi, intensitas, fluktuasi, tingkat kecemasan – umum dan tidak spesifik (free floating), atau spesifik berhubungan dengan situasi, aktivitas atau objek tertentu ; bagaimana dia menangani kecemasannya – menghindar, pengulangan situasi ketakutan, menggunakan obat-obatan atau aktivitas-aktivitas lain yang meringankan

D. Riwayat Penyakit Dahulu / Sebelumnya :

- (1) Gangguan mental atau emosi : tingkat ketidakmampuan, tipe pengobatan, nama rumah sakit tempat perawatan, lama sakit, pengaruh pengobatan.
- (2) Gangguan psikosomatik : hay fever, colitis, arthritis, rheumatoid arthritis, alergi, pilek yang berulang-ulang, dan gangguan kulit.
- (3) Gangguan Medis : mengikutipemeriksaan system yang biasa – penyakit hubungan seksual, penyalahgunaan alcohol dan zat psikoaktif lain, keadaan yang beresiko HIV/AIDS.
- (4) Gangguan Neurologis – sakit kepala, trauma kranioserebral, kehilangan kesadaran, kejang atau tumor.

E. Riwayat Pribadi :

Riwayat kehidupan pasien mulai dari bayi sampai saat sekarang secara luas yang dapat diingat kembali, kekosongan riwayat secara spontan berhubungan dengan

pasien, emosi, berhubungan dengan periode kehidupan (penuh kenyerian, stress, dan konflik) atau dengan phase siklus kehidupan.

1. Masa Kanak-kanak Awal (0 – 3 tahun) :

- a. Riwayat Prenatal, kehamilan dan persalinan ibu pasien : Lama kehamilan, spontanitas dan normalitas kelahiran, trauma kelahiran, apakah pasien anak yang direncanakan, diharapkan, atau tidak dikehendaki.
- b. Kebiasaan Makan : minum asi, susu botol, dan problem makan
- c. Perkembangan Dini : kehilangan ibu, perkembangan bahasa, perkembangan motorik, tanda-tanda kebutuhan tak terpenuhi, pola tidur, cemas perpisahan, cemas keterasingan.
- d. Toilet training : usia, sikap orangtua, perasaan terhadap hal tersebut
- e. Gejala dan masalah perilaku : mengisap ibu jari, temper tantrum (mengadati), tic, membenturkan kepala, memanjat, terror malam, tidur di air atau tidur di tanah, menggigit kuku, masturbasi
- f. Kepribadian dan temperamen sebagai anak-anak.: pemalu, tak dapat tenang, overreactive, menarik diri, rajin belajar, meninggalkan tugas, malu-malu, olah ragawan, pola bermain bersahabat, bereaksi terhadap saudara kandung.

2. Masa Kanak-kanak Pertengahan (3 – 11 tahun) : Riwayat awal masuk sekolah, penyesuaian dini, identifikasi jenis kelamin, perkembangan kesadaran, penghukuman, hubungan sosial, sikap terhadap saudara kandung dan teman sepermainan.

3. Masa Kanak-kanak Akhir (pubertas sampai remaja) :

- a. Hubungan dengan rekan sebaya : Jumlah dan keakraban dengan teman-temannya, sebagai pemimpin atau pengikut, popularitas social, partisipasi dalam aktivitas kelompok atau geng, gambaran idealisme, pola agrsivitas, pasivitas, kecemasan, atau perilaku antisocial.
- b. Riwayat sekolah : seberapa jauh pasien pergi, penyesuaian terhadap sekolah, hubungan dengan guru – kesayangan guru atau penentang guru – pelajaran favorit atau yang diminati, kemampuan atau bakat khusus yang dimiliki, aktivitas ekstrakurikuler, olah raga, hobi, hubungan dari masalah-masalah dan gejala-gejala dengan setiap periode sekolah.
- c. Perkembangan motorik dan kognitif : Belajar membaca, ketrampilan intelegensi dan motorik yang lain, disfungsi otak minimal, kesulitan belajar – pengelolaan dan pengaruhnya pada anak.
- d. Masalah khusus emosi dan fisik : mimpi buruk, fobia, masturbasi, ngompol, melarikan diri, kenakalan, merokok, menggunakan alcohol dan obat-obatan, masalah berat badan, rendah diri.
- e. Riwayat perkembangan psikoseksual
 - (a) Keingin tahanan dini, masturbasi infantile, permainan seks.
 - (b) Pengetahuan seksual yang diperoleh, sikap orang tua terhadap seks, penyalah gunaan seks
 - (c) Onset pubertas, perasaan terhadap pubertas, perasaan mengenai menstruasi, perkembangan karakteristik sekunder,
 - (d) Aktivitas seksual remaja, berjejal-jejalan, pesta, kencan, bercumbu rayu, masturbasi, mimpi basah, dan sikap terhadap hal tsb.
 - (e) Sikap terhadap sesama dan lawan seks, malu-malu, pemalu, agresif, mengesankan, seductif, penaklukan seksual, kecemasan.
 - (f) Praktek seksual : masalah-masalah seksual, homoseksual, heteroseksual, parafilia, promisquitas.

- f. Latar belakang Keagamaan : kaku, liberal, campuran, (kemungkinan konflik), berhubungan dengan praktek keagamaan yang sekarang.

4. Masa Dewasa

- a. Riwayat Pekerjaan : pemilihan pekerjaan, pelatihan, ambisi, konflik, hubungan dengan pimpinan, kelompok sebaya, subkoordinat, banyaknya tugas dan lamanya, perubahan dalam status pekerjaan, dan perasaan terhadap hal tersebut.
- b. Aktivitas social : apakah pasien mempunyai teman atau tidak, apakah menarik diri atau bersosialisasi dengan baik, intelektual, kesenangan fisik, hubungan dengan sesama jenis dan berlawanan jenis, lamanya, kualitas hubungan dengan manusia.
- c. Seksualitas dewasa. :
 - (a) Hubungan seksual sebelum menikah, umur saat hubungan seksual pertama, orientasi seksual
 - (b) Riwayat perkawinan, perkawinan secara adapt, perkawinan legal, masa kenal-mengenal, peran masing-masing pasangan, keluarga berencana dan kontrasepsi, nama dan usia anak-anak, sikap terhadap anak angkat, masalah setiap anggota keluarga, kesulitan perumahan jika ini penting bagi perawinan, penyesuaian seksual, skandal diluar perkawinan, area persetujuan dan ketidak setujuan, pengelolaan uang dan peran ipar.
 - (c) Gejala-gejala seksual : Anorgasmik, impotensia, ejakulasi dini, kurang hasrat seksual.
 - (d) Sikap terhadap kehamilan dan memiliki anak : praktek kontrasepsi dan perasaan terhadap kontrasepsi.
 - (e) Praktek-praktek seksual :parafilia seperti sadisme, fetishisme, voyerisme, sikap terhadap fellatio, cunnilingus, tehnik coitus. Dan frekwensinya.
- d. Riwayat Militer ; penyesuaian umum, peperangan, cedera, tipe pemberhentian, status veteran.
- e. System nilai yang dianut : apakah anak-anak terlihat menyusahkan atau menyenangkan, apakah pekerjaan tanpa lebih penting, sesuatu yang dapat dielakkan atau suatu tantangan, sikap terhadap keyakinan agama , surga dan neraka.

F. Riwayat Keluarga :

Dapatkan dari pasien dan dari orang lain, karena deskripsi yang sungguh berbeda dari orang yang sama dan peristiwa, suku, kebangsaan, dan tradisi keagamaan, orang lain di dalam rumah, deskripsikan mereka – kepribadian dan intelegensi, dan apa yang telah terjadi pada mereka sejak pasien kanak-kanak, deskripsikan perbedaan orang-orang yang tinggal didalam rumah tangga tsb; hubungan pasien dengan orang-orang yang ada didalam keluarga ; peranan penyakit dalam keluarga ; riwayat keluarga dengan gangguan mental ; dimana pasien tinggal–lingkungan dan tempat tinggal khusus bagi pasien ; adalah rumah penuh sesak, pribadi anggota keluarga dari setiap orang atau keluarga yang lain; sumber pendapatan keluarga dan kesulitan mendapatkannya; bantuan masyarakat (jika ada) dan sikapnya mengenai hal tsb; akankah pasien kehilangan pekerjaan atau tempat tinggal dengan tetap tinggal di rumah sakit; siapa yang menjaga anak-anak.

G. Situasi Saat Ini :

- Keadaan lingkungan perumahan atau tempat tinggal
- Keadaan sosial ekonomi
- Pekerjaan

STRATEGI DAN CARA PELATIHAN

**PENUNTUN PEMBELAJARAN
TEHNIK WAWANCARA (ANAMNESIS PSIKIATRI)
(digunakan oleh **Peserta**)**

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan kriteria berikut :

1. **Perlu perbaikan** : Langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan tidak sesuai urutannya
2. **Mampu** : Langkah-langkah dilakukan dengan benar, tetapi tidak efisien
3. **Mahir** : Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien

NO	LANGKAH / KEGIATAN	NILAI		
ANAMNESISA				
		0	1	2
FASE PERKENALAN				
1.	Persilahkan pasien masuk ke ruangan			
2.	Sapa pasien dengan mengucapkan salam dan senyum yang ramah (senyum,			
3.	Perkenalkan diri sambil menjabat tangan pasien			
4.	Persilahkan pasien duduk			
5.	Tanyakan nama dan umur pasien			
6.	Tunjukkan sikap empati			
FASE PEMBUKAAN				
7.	Tanyakan alasannya datang ke poliklinik atau keluhan utama dan sejak kapan keluhan ini dirasakan.			
8..	Gunakan keluhan utama untuk mengembangkan diagnosis banding dan diagnosis sementara			
FASE INTI				
9.	Tanyakan bagaimana gejala awal penyakit, , sifatnya gejala, lokasi dan penjalaran, lamanya, keparahan, dan tanyakan gejala-gejala lain yang menyertainya, serta bagaimana perkembangan penyakitnya selanjutnya ,			
10.	Tanyakan pengaruh penyakit tsb terhadap aktivitas sosial dan pekerjaan serta penggunaan waktu senggang.			
11.	Singkirkan dan atau masukan berbagai kemungkinan diagnosis dengan menggunakan			

	pertanyaan terpusat dan terinci			
12.	Tanyakan riwayat penyakit dahulu/sebelumnya			
13.	Tanyakan riwayat perkembangan pribadi			
14.	Tanyakan riwayat penyakit keluarga			
15.	Tanyakan keadaan diri dan lingkungan pasien saat ini			
FASE PENUTUP				
16.	Berikan pasien kesempatan untuk mengajukan pertanyaan pada akhir wawancara.			
FASE PENGAKHIRAN				
17.	Buat kesimpulan hasil wawancara			
18.	Tegakkan Diagnosa Multi Aksial			
19.	Susun rencana alternatif terapi			
20.	Jabat tangan pasien sambil memberi harapan kepada pasien agar segalanya berjalan lancar dan baik			

EVALUASI

PENILAIAN HASIL PEMBELAJARAN TEHNIK WAWANCARA (ANAMNESA PSIKIATRI)

No.	Keterampilan ANAMNESIS	Penilaian	
		1	2
1.	Autoanamnesis dengan pasien		
2.	Alloanamnesis dengan anggota keluarga/orang lain yang bermakna		
3.	Memperoleh data mengenai keluhan / masalah utama.		
4.	Menelusuri riwayat perjalanan penyakit sekarang / dahulu		
5.	Memperoleh data bermakna mengenai riwayat perkembangan, pendidikan, pekerjaan, perkawinan, kehidupan keluarga.		

Komentar / kesimpulan :

Rekomendasi :

Tanggal

Penguji

(.....)