

SISTEM NEURO PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN

MODUL PROBLEM BASED LEARNING

ADIKSI



BUKU PEGANGAN UNTUK MAHASISWA

DISUSUN OLEH
M. FAISAL IDRUS

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2016

Pengantar

Modul 3 dengan judul “ADIKSI” ini diberikan kepada mahasiswa Fakultas Kedokteran semester lima yang mengambil mata kuliah Neuropsikiatri. Tujuan dari pembuatan modul ini adalah membangkit motivasi keingintahuan mahasiswa mengenai modul yang disajikan secara terintegrasi dengan berbagai bidang ilmu kedokteran mulai dari tingkat dasar sampai ketinggian lanjut melalui belajar mandiri. Modul ini terdiri dari beberapa scenario yang menunjukkan gejala klinik “ADIKSI” yang bisa ditemukan pada penyakit akibat penyalahgunaan zat psikoaktif. Modul ini akan didiskusikan dalam kelompok kecil yang terdiri dari 12 s/d 20 orang. Yang didiskusikan bukan hanya difokuskan pada inti permasalahan, tapi juga berbagai hal yang berkaitan dengan gejala tersebut seperti dasar anatomi, fisiologi, biokimia, histology, patomekanisme, penyebab dan penanganannya. Proses penyelesaian masalahnya disini digunakan dengan mengikuti metode active learning mengikuti system 7 langkah (7 jump).

Sebelum menggunakan modul ini, tutor dan mahasiswa harus sudah membaca tujuan dan sasaran pembelajaran yang harus dicapai mahasiswa, sehingga diharapkan diskusi lebih terarah untuk mencapai kompetensi minimal yang diharapkan. Untuk itu peran tutor sangat penting dalam memberikan pengarahan agar diskusi tidak melenceng jauh dari tujuan sebenarnya yang ingin dicapai. Pada sesi terakhir dilakukan panel diskusi dimana peserta menjaji hasil diskusi kelompoknya dihadapan para dosen pengampu dan mahasiswa lain.

Akhirnya kami berterima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan dan pembuatan modul ini. Besar harapan kami modul ini dapat membantu mahasiswa untuk memecahkan masalah-masalah penyakit-penyakit Neuropsikiatri dan juga penyakit lainnya.

Makassar, 1 September 2015

Penyusun

MODUL ADIKSI

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti proses pembelajaran modul ini, mahasiswa diharapkan dapat menjelaskan tentang definisi, klasifikasi, patomekanisme, etiologi “ADIKSI”, gambaran klinik, pemeriksaan fisik, pemeriksaan psikiatrik, pemeriksaan penunjang, dan penegakan diagnosis, serta cara penanganannya.

SASARAN PEMBELAJARAN

Setelah selesai mengikuti proses pembelajaran modul ini, mahasiswa diharapkan dapat menjelaskan:

1. Definisi Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi)
2. Klasifikasi Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi)
3. Epidemiologi Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi)
4. Patofisiologi timbulnya Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi)
5. Struktur bangunan intrakranial yang terkait dengan Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi)
6. Bagian-bagian otak yang terlibat dalam terjadinya Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi)
7. Menjelaskan patomekanisme terjadinya Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi).
8. Menjelaskan pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis.
9. Menjelaskan bagaimana menegakkan Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi)
10. Menjelaskan bagaimana penatalaksanaan berbagai macam-macam Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi)
11. Menjelaskan prognosis dari berbagai macam-macam Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi)
12. Mengetahui dan menjelaskan efek samping penggunaan obat-obatan untuk Gangguan Penyalahgunaan Zat Psikoaktif (Adiksi)

KASUS

Skenario 1

Seorang perempuan berusia 38 tahun diantar ke UGD RS. UNHAS karena ide-ide bunuh diri. Delapan jam sesudahnya dia mengeluh merasa gelisah dan gemetar. Enam jam kemudian dia menceritakan kepada perawat bahwa ia mendengar suara keluarga yang sudah mati berteriak padanya, meskipun dia menyangkal pernah mendengar suara sebelumnya. Dia mengeluh merasa tak nyaman diperutnya, iritabel, dan berkeringat dingin. Badan gemetar. Tanda vital menunjukkan tekanan darah 150/95 mmHg, denyut nadi 120 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu badan 38⁰C. Dia melaporkan tidak ada riwayat penyakit dan tidak pernah mendapat pengobatan medis

Skenario 2

Seorang laki-laki berusia 27 tahun datang dengan keluhan gelisah, ketakutan, banyak berkeringat, perasaan berat di kepala, mual-mual, perhatian berkurang, rasa mengantuk dan seperti mimpi. Selain itu dia merasa diawasi oleh sekelompok orang dan merasa waktu berjalan lambat. Enam bulan yang lalu dia ditinggal oleh istrinya. Untuk mengatasi rasa bosan dia mulai sering bergaul dan tidur larut malam, serta berusaha melupakan masalah dengan menggunakan zat.

Pada pemeriksaan status mental didapatkan tampak apatis, tremor, bicara cepat, asosiasi longgar, inkohereni, afek labil, kadang tertawa kemudian merasa sedih. Di samping itu juga ia sering merasa seperti mendngn ada yang memanggilnya.

Skenario 3.

Seorang laki-laki berusia 20 tahun datang ke ruang UGD dengan keluhan selama 2 hari terakhir ini dia mengalami perasaan sedih, nyeri otot, diare, tidak bisa tidur, berkeringat, dan merasa demam. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan mata dan hidung berair, suhu 37,5⁰ C dan pupil dilatasi, riwayat halusinasi disangkal

Skenario 4

Seorang laki-laki berusia 26 tahun dibawa ke unit gawat darurat setelah memukul sahabatnya di rumah mereka berbagi, sahabatnya menyatakan bahwa pasien harus kembali ke rumah untuk belajar menghadapi ujian yang akan datang dan ketika mereka menolak untuk membiarkannya dia pergi. Ia mengatakan bahwa ia telah belajar "seperti seorang iblis " dan telah menggunakan beberapa pil yang diberikan kepadanya oleh seorang teman untuk membantunya tetap terjaga. Teman terbaik pasien melaporkan bahwa pasien tidak tidur beberapa hari. dan dia telah kehilangan berat badan 5 kg karena dia jarang makan. pasien tidak memiliki masalah medis atau kejiwaan sebelumnya menurut temannya. Pada pemeriksaan fisik pasien ditemukan memiliki tekanan darah 140/95 mmHg dan nadi 120x / menit. Pupilnya membesar, berkeringat.

TUGAS MAHASISWA

1. Setelah membaca scenario diatas dengan teliti. Mahasiswa diminta mendiskusikannya dalam kelompok diskusi yang dipimpin oleh seorang ketua dan seorang notulen yang akan mencatat semua hasil diskusi.
2. Melakukan pembelajaran individual dengan mencari bahan informasi yang mendukung diskusi.
3. Melakukan diskusi kelompok mandiri
4. Berkonsultasi dengan nara sumberi yang ahli dalam permasalahan tersebut untuk mendapatkan pengertian yang lebih mendalam
5. Mengikuti kuliah pakar dalam kelas untuk masalah-masalah yang belum jelas.

PROSES PEMECAHAN MASALAH

Diskusi kelompok dilakukan dengan menggunakan metode curah pendapat dengan mengikuti 7 langkah penyelesaian masalah :

1. Klarifikasi semua istilah asing bagi anda (bila) dan tentukan “kata kunci” ,
2. Tentukan masalah (aspek dan konsep) pada scenario diatas yang tidakanda mengerti dengan membuat pertanyaan
3. Dengan menggunakan pengetahuan individu yang didapat dari kuliah, buku ajar, journal, textbook, untuk menjawab pertanyaan no, 2
4. Cobalah menyusun penjelasan tersebut secara sistematis
5. Tentukan masalah-masalah yang belum terjawab dengan baik dan jadikanlah hal tersebut sebagai tujuan pembelajaran.
6. Untuk menjawab atau memecahkan masalah tersebut. Carilah informasi yang diperlukan sebanyak-banyaknya dari perpustakaan, pakar, internet dan sumber-sumber informasi lain.
7. Diskusikan dan lakukan penyaringan informasi yang didapatkan, kemudian masukkan informasi yang sesuai kedalam laporan kelompok yang akan dibuat.

Catatan :

Bila dari hasil evaluasi kelompok ternyata masih ada informasi yang diperlu untuk sampai pada kesimpulan akhir, maka proses langkah ke 5 dan ke 6 dapat diulangi, lalu dillanjutkan langkah ke 7. Hal ini dapat dilakukan di luar tutorial dan setelah informasi dianggap cukup maka pelaporan dilakukan dalam diskusi akhir yang biasanya dilakukan dalam bentuk “Panel Diskusi” dimana semua pakar duduk bersama memberikan penjelasan terhadap hal-hal yang belum jelas.

JADWAL KEGIATAN

Sebelum dilakukan pertemuan antara kelompok mahasiswa dan tutor, mahasiswa dibagi menjadi kelompok-kelompok yang terdiri dari 15 – 17 orang setiap kelompok.

1. Pertemuan pertama dalam kelas besar untuk menjelaskan tentang modul, cara penyelesaian, dan membagi kelompok diskusi. Pada saat ini juga buku modul dibagikan.
2. Pertemuan kedua (**Tutorial 1**) kelompok diskusi dipimpin oleh mahasiswa yang terpilih sebagai ketua dan sekretaris kelompok yang difasilitasi oleh tutor untuk menyelesaikan langkah 1 s/d 5, kemudian membagi tugas unt tugas untuk mencari informasi baru mengenai masalah yang didiskusikan.
3. Belajar mandiri atau berkelompok diluar kelas dan mencari informasi tambahan dari perpustakaan melalui text book, slide, internet dsb.
4. Pertemuan ketiga (Tutorial 2) masing-masing anggota kelompok diskusi melaporkan informasi baru yang didapatkannya sesuai dengan apa yang ditugaskan kepadanya. Kemudian mengklasifikasikan, analisa dan sintesa dari semua informasi baru yang didapatkan.
5. Pertemuan terakhir panel diskusi dalam kelas besar untuk melaporkan hasil diskusi masing-masing kelompok dan menanyakan hal-hal yang belum terjawab pada ahlinya (pakar)

Catatan :

- Laporan penyajian kelompok dan laporan perorangan diserahkan dalam satu rangkap ke sistem melalui ketua kelompok
- Semua laporan akan diperiksa dan dinilai oleh pakarnya masing-masing
- Semua mahasiswa wajib menyalin laporan dari kelompok dan mahasiswa lain untuk dipakai sebagai salah satu bahan ujian.

TIME TABLE

HARI						
I	II	III	IV	V	VI	VII
Pertemuan 1	Pertemuan 2	Mandiri		Konsultasi Pakar	Pertemuan 3	Pertemuan Terakhir (Pelaporan)

BAHAN BACAAN DAN SUMBER INFORMASI

A. Buku Ajar dan Journal

1. Standar Kompetensi Spesialis Saraf 2006, KNI PERDOSSI
2. Ropper AH, Robert HB., Adams Victor, Principles of Neurology, eight ed. Mc. Graww Hill, 2005, 11-13, 541-542.
3. Kumpulan Naskah Simposium Nyeri Kepala, Surabaya, 23 November 1985.
4. Dalessio Di, Silberstein SD (eds.). Wolff's Headache and Other Head Pain. 6th ad. Oxford University Press, 1993.
5. Wreksoatmodjo BR. Karakteristik Penderita Nyeri Kepala Menahun/BerWang di Poliklinik SarafFKUI/RSCM. Skripsi Pasca Sarjana, 1987. The great indestructible mirace is man's faith in miracle (Jean Paul)
6. Departemen Kesehatan RI.; Suplemen Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III, Direktorat Pelayanan Medik DepKes RI. Jakarta, 1995. P167-225
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, : Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, 10Th Edition , William & Wilkins, Baltimore, 2007, p579-651
8. Kaplan HI, Sadock BJ., Kedokteran Jiwa Darurat. Alih bahasa : WM. Roan. Widya Medika. 1995. p273-277
9. Tomb DA : Buku Saku Psikiatri Edisi 6, Alih bahasa, Martina Wiwie, Edisi bahasa Indonesia, EGC, Jakarta, 2003. p126-138
10. Toy EC, Klamen D., ; Case Files : Psychiatry. McGraw-Hill. New York, 2004. p119-131
11. Sadock BJ, Sadock VA., : Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Fourth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore. 2005. p170-210,
12. Brashers VL.,. Aplikasi Klinis Patofisiologi Pemeriksaan dan Manajemen. Alih bahasa H.Y. Kuncara. Penerbit EGC. Jakarta, 2008, Hal. 257-267.
13. Treasaden IH, Laking PJ, Puri BK.,. Textbook of Psychiatry. Churchill Livingstone. New York. 1996, p181- 207

B. Diktat Dan Handout**C. Sumber lain: VCD, Film, Internet, Slide, Tape**

NARA SUMBER

No	NAMA DOSEN	BAGIAN	TLP. KANTOR	HP/FLEXI
1.	Prof. dr. Nuraeni M. Sp.KJ,	Psikiatri		
2.	Prof. dr. Jaya Langkara SpKJ. Ph.D	Psikiatri		
3.	dr. H.M, Syauki SpKJ	Psikiatri		
4.	dr. J.T, Lisal Sp.KJ	Psikiatri		
5.	Dr. dr. H.M, Faisal Idrus SpKJ	Psikiatri		
6.	Dr. dr. Sonny Lisal Sp.KJ	Psikiatri		
7. .	Dr. dr. Saidah Syamsuddin Sp.KJ	Psikiatri		
8.	Dr. dr. Susi Aulina Sp.S	Neurologi		
	Dr. dr. A. Kurnia Bintang Sp.S	Neurologi		
	Dr. dr. Jumraini Sp.S	Neurologi		
	dr. Abdul Muis Sp.S	Neurologi		
	dr. Sri Asriyani Sp.Rad	Radiologi		
	Prof. Dr. dr. M. Ilyas Sp.Rad	Radiologi		

LEMBAR KERJA

1. KLARIFIKASI KATA-KATA SULIT

2. TENTUKAN KATA KUNCI

3. TENTUKAN PROBLEM KUNCI DENGAN MEMBUAT
PERTANYAAN-PERTANYAAN PENTING

4. JAWABAN PERTANYAAN

5. TUJUAN PEMBELAJARAN SELANJUTNYA

6. INFORMASI BARU

7. KLASIFIKASI INFORMASI

8. HASIL ANALISA & SINTESIS SEMUA INFORMASI

9. PERTANYAAN PRAKTIKUM

10. LAPORAN PRAKTIKUM

10.1. Laboratorium Anatomi

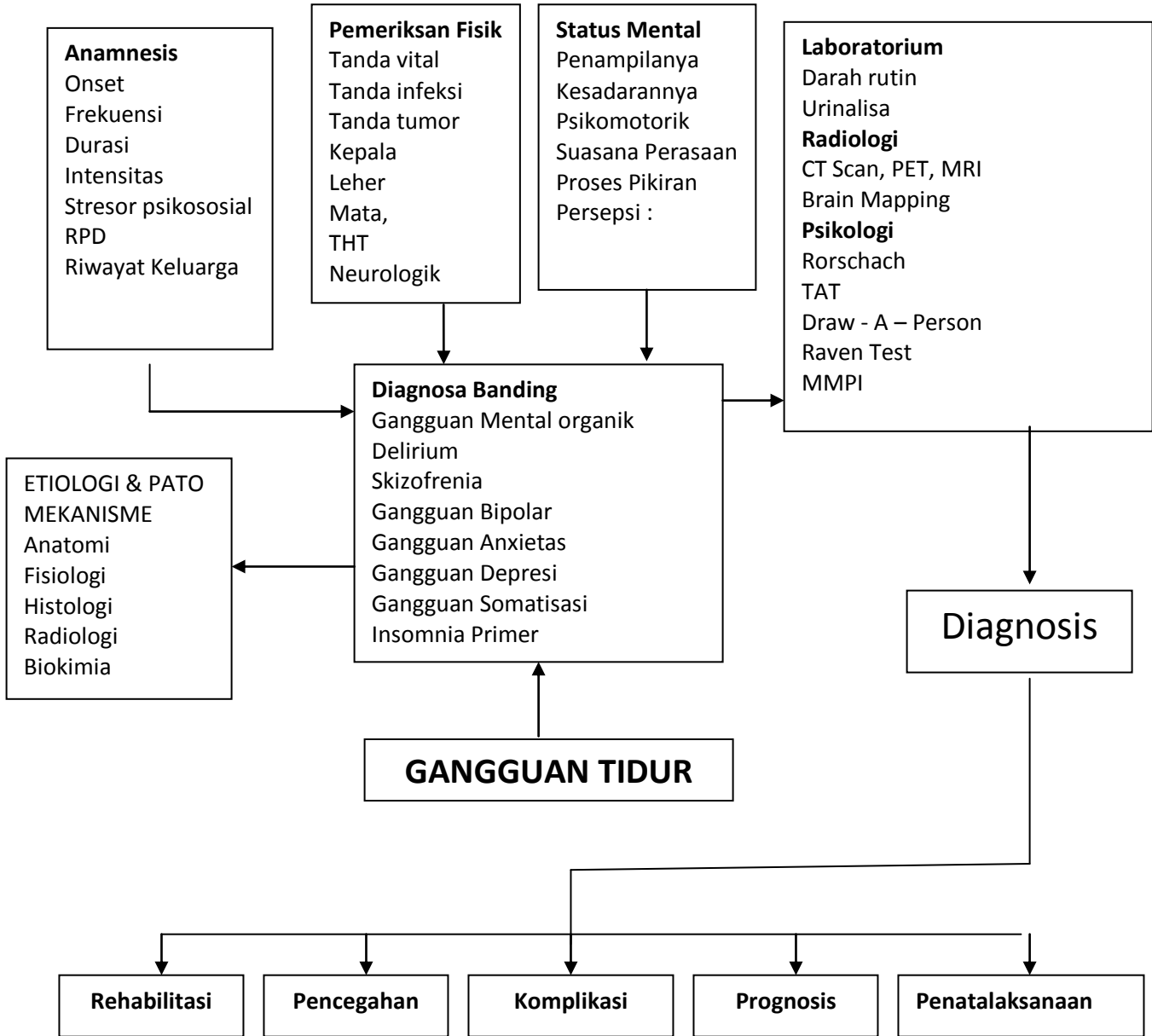
10. LAPORAN PRAKTIKUM

10.2. Laboratorium Histologi

10. LAPORAN PRAKTIKUM

10. 3. Laboratorium Fisiologi

PROBLEM TREE



Kata Kunci
1. Perempuan umur 28 tahun
2. Tidur tidak cukup
3. Merasa lemah
4. Sejak \pm 2 bulan
5. Setelah bertengkar dengan pacar

BEBERAPA PRINSIP DAN JAWABAN ALTERNATIFNYA

1. Apakah yang dimaksud tidur ?

Tidur adalah suatu keadaan istirahat yang dibutuhkan tubuh untuk mengembalikan energi dan memulihkan kondisi dasar tubuh yang untuk melakukan aktivitas selanjutnya khususnya membersihkan tubuh dari sampah-sampah yang terbentuk selama kita beraktivitas. Jadi tidur memiliki fungsi restoratif. Setidak-tidaknya kita membutuhkan 7 s/d 9 jam setiap malamnya agar tubuh kita dapat berfungsi dengan baik.

Teori Tidur Utama :

- 1) Tidur merupakan suatu proses pasif. Tidur merupakan keadaan normal dan keterjagaan ditimbulkan oleh system aktivasi retikuler asendens.
- 2) Tidur merupakan proses aktif. Teori ini mendasarkan bahwa tidur ditimbulkan oleh struktur tertentu, khususnya hipotalamus (daerah preoptik), nucleus solitaires, dan nucleus rafe, mengatasi pengaruh aktivasi yang berkaitan dengan keadaan terjaga.

2. Apakah yang dimaksud dengan gangguan tidur ?

Gangguan tidur adalah masalah yang berhubungan dengan tidur yang berulang kali dan terus ada yang menyebabkan distress atau hendaya untuk berfungsi dengan baik, baik dalam pekerjaan, social dan penggunaan waktu senggang.

3. Bagaimana penggolongan / klasifikasi gangguan tidur ?

Menurut PPDGJ III atau ICD-10 gangguan tidur terbagi dalam dua kelompok besar, yaitu :

- 1) Dissomnia, adalah kondisi psikogenik primer dengan ciri gangguan utama pada jumlah, kualitas atau waktu tidur akibat kausa emosional, yaitu insomnia primer, hipersomnia primer, gangguan tidur berhubungan dengan penafasan dan gangguan irama tidur sirkadia (*circadian rhythm sleep*) atau gangguan jadwal tidur.
 - a. Insomnia berasal dari bahasa latin *in* yang berarti "tidak" dan *somnus* yang berarti "tidur". Insomnia yang muncul saat kita sedang stress, bukanlah suatu yang abnormal. Namun, insomnia yang terus ada dan memiliki karakteristik kesulitan yang berulang untuk tidur atau untuk tetap tidur adalah pola perilaku yang abnormal.
 - b. Hipersomnia, merupakan rasa kantuk yang berlebihan sepanjang hari yang berlangsung selama sebulan atau lebih. Rasa kantuk yang berlebihan (terkadang disebut "mabuk tidur") dapat berbentuk kesulitan untuk bangun setelah periode tidur yang panjang (biasanya 8-12 jam tidur), atau mungkin ada pola tidur siang, muncul

setiap hari, dalam bentuk tidur siang yang diharapkan atau tidak diharapkan (seperti tidak sengaja tertidur saat menonton TV). Meskipun faktanya bahwa tidur siang biasanya berlangsung selama sejam atau lebih, tetapi orang tersebut tidak merasa segar saat bangun. Gangguan ini dipertimbangkan sebagai gangguan primer karena faktor penyebabnya bukan berasal dari tidur yang tidak cukup pada malam hari akibat insomnia atau faktor lainnya (seperti kebisingan tetangga yang membuat orang tetap terjaga), dari gangguan psikologis, atau gangguan fisik lainnya, atau akibat penggunaan obat atau pengobatan.

- c. Narkolepsi (narcolepsy), berasal dari bahasa Yunani *narke* yang berarti “tidak sadar atau pingsan” dan *lepsy* yang berarti “serangan”. Narkolepsi gangguan tidur yang memiliki ciri episode tidur yang tidak dapat dielakkan dan terjadi secara tiba-tiba. Orang dengan narkolepsi mengalami serangan tidur dimana mereka mendadak tertidur tanpa adanya pertanda pada waktu-waktu yang berbeda sepanjang hari. Mereka tetap tertidur untuk jangka waktu rata-rata sekitar 15 menit. Orang tersebut dapat berada dalam perbincangan dengan orang lain pada suatu saat dan jatuh tertidur di lantai pada saat berikutnya. Diagnosis ditegakkan bila serangan tidur ini muncul setiap hari selama 3 bulan atau lebih dan disertai oleh salah satu dari kondisi berikut :
- (1) Catalepsy (kehilangan control otot secara mendadak), keadaan ini dimulai dari rasa lemah yang tak seberapa pada kaki sampai kehilangan kontrol otot sehingga mengakibatkan orang tersebut jatuh secara mendadak. Biasanya diakibatkan oleh reaksi emosional yang kuat seperti bahagia atau marah. Orang yang dengan narkolepsi dapat juga mengalami sleep paralysis (kelumpuhan tidur) sesaat yang mengikuti saat terjaga, dimana seseorang merasa tidak mampu untuk bergerak dan berbicara. Penderita juga melaporkan halusinasi yang menakutkan, yang disebut “hypnagogic hallucination”, yang muncul sesaat sebelum mulai tidur dan cenderung memperlihatkan sensasi visual, auditorik, taktil, dan kinestetik.
 - (2) Gangguan tidur REM (REM sleep) dalam tahap transisi antara sadar dan tidur. Tidur REM (rapid eye movement), adalah tahap tidur yang diasosiasikan dengan bermimpi. Dinamakan demikian karena mata orang yang sedang tidur cenderung bergerak secara cepat dibawah kelopak mata yang tertutup.
- d. Gangguan tidur yang terkait dengan pernafasan, orang dengan gangguan tersebut mengalami gangguan tidur disebabkan masalah-masalah gangguan pernafasan. Gangguan tidur yang berkala ini mengakibatkan insomnia atau rasa kantuk yang berlebihan di siang hari.
- Subtype gangguan ini dibedakan atas dasar penyebab masalah pernafasan. Tipe yang paling umum adalah *obstructive sleep apnea*, yang ditandai episode berulang dari gangguan pernafasan menyeluruh atau sebagian selama tidur. Gangguan ini dialami sekitar 18 juta orang di Amerika. Kesulitan bernafas diakibatkan oleh aliran udara yang tersumbat pada bagian atas jalan udara yang seringkali disebabkan oleh kerusakan struktur, seperti langit-langit mulut yang terlalu tebal, pembesaran tonsil

atau adenoid. Dalam kasus gangguan menyeluruh, seseorang dapat secara tidak sadar berhenti bernafas selama 15 - 90 detik sebanyak 500 kali sepanjang malam. Ketika nafas terhenti terjadi, orang dapat mendadak duduk, tersedak, mengambil nafas beberapa kali, dan tertidur kembali tanpa terbangun atau menyadari bahwa pernafasannya telah terganggu. Gangguan ini diperkirakan terjadi pada 1-10% populasi dewasa. Lebih banyak terjadi pada laki-laki paruh baya dengan perbandingan 2:1. Lebih sering dijumpai pada orang obesitas, disebabkan penyempitan jalan udara akibat pembesaran jaringan lunak. Orang-orang yang menderita tidur apnea dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dari mereka yang tidak menderita dan merupakan masalah kesehatan karena berhubungan dengan peningkatan resiko hipertensi, stroke dan serangan jantung.

- e. Gangguan irama tidur sirkadia, irama tidur sangat terganggu karena ketidakcocokan antara tuntutan jadwal tidur yang telah ditetapkan oleh seseorang dengan siklus internal tidur – bangun orang tersebut. Ketidakcocokan menyebabkan insomnia atau hipersomnia. Ketidakcocokan ini terus menerus berlangsung sehingga menimbulkan distress yang signifikan atau hendaya dalam bidang social, pekerjaan dan fungsi lain. Jetlag tidak termasuk dalam kelompok ini karena biasanya keadaan ini terjadi dalam perjalanan antara zona waktu dan bersifat sementara. Berbeda dengan perubahan shift kerja (pada perawat) yang sering menimbulkan masalah yang bertahan lebih lama dalam penyesuaian pola tidur dengan tuntutan jadwal kerja, yang akhirnya menyebabkan gangguan irama tidur sirkadia. Penanganannya perlu penyesuaian secara bertahap pada jadwal tidur untuk menjadikan system sirkadia seseorang sesuai dengan perubahan jadwal tidur-bangun.
- 2) Parasomnia, adalah peristiwa episodic abnormal yang terjadi selama tidur. Pada masa kanak ini berhubungan dengan perkembangan anak, sedangkan pada orang dewasa predomnan adalah psikogenik, yaitu somnabulisme, terror tidur dan mimpi buruk.
- a. Gangguan mimpi buruk, merupakan proses terjaga dari tidur secara berulang-ulang karena mimpi yang menakutkan. Biasanya seperti mendapat ancaman akan adanya bahaya fisik yang dekat dengan individu, seperti dikejar, diserang dan dilukai. Orang yang mengalaminya biasanya dapat mengingat mimpi buruk itu dengan jelas pada saat bangun dari tidur. Setelah bangun mereka kecemasan dan ketakutannya tetap bertahan dan menghalanginya untuk tidur kembali. Mimpi buruk seringkali dihubungkan dengan pengalaman traumatis dan pada umumnya terjadi ketika individu berada dalam keadaan stres. Gangguan ini lebih banyak dialami oleh orang-orang yang selamat dari bencana alam (gempa bumi, banjir, letusan gunung api). Mimpi buruk biasanya muncul pada saat tidur REM. Periode REM cenderung menjadi lebih panjang dan mimpi muncul selama REM periode setengah terakhir dari tidur atau ketika larut malam menjelang subuh. Meskipun mimpi buruk berisi aktivitas motorik yang hebat, tetapi aktivitas ini juga dihambat oleh proses biologis yang sama juga menghambat gerakan individu sehingga tidak dapat bergerak atau lumpuh.

- b. Gangguan Teror dalam tidur, gangguan ini biasanya terjadi pada anak-anak dimulai dengan tangisan atau teriakan yang keras dan menyayat di malam hari. Kemudian duduk, seperti ketakutan dan menunjukkan proses terjaga yang ekstrim seperti keringat berlebihan, detak jantung dan pernafasan kuat. Anak mulai bicara tidak koheren (melantur), tetapi tetap tidur. Jika ia sudah benar-benar bangun ia tidak mengenali orang tuanya dan mendorongnya agar menjauh. Setelah beberapa menit ia tertidur kembali dengan nyenyak dan saat bangun dia tidak dapat mengingat pengalaman apapun yang terjadi tadi malam. Prevalensinya 1-6% pada anak-anak, lebih sering pada anak laki-laki. Pada orang dewasa prevalensinya kurang dari 1%.
- c. Gangguan berjalan sambil tidur (somnambulisme, sleepwalking disorder), episode berulang orang yang sedang tidur bangkit dari tidurnya dan berjalan disekitar rumah sambil tetap tertidur. Episode ini cenderung terjadi saat tidur yang lebih dalam dimana mimpi tidak hadir. Timbulnya gangguan ini secara berulang-ulang menyebabkan stres pribadi yang bermakna atau ketidakmampuan untuk berfungsi dengan baik. Gangguan ini banyak dialami oleh anak-anak yang mempengaruhi sekitar 1-5% anak-anak menurut estimasi (APA,2000) antara 10-30% anak-anak pernah mengalami setidaknya-tidaknya satu kali episode jalan dalam tidur. Prevalensinya pada orang dewasa belum diketahui, mungkin saja sebanyak 7% dari orang dewasa pernah mengalami satu kali episode berjalan dalam tidur. Penyebab dari gangguan ini belum diketahui, namun ada dugaan factor genetik dan lingkungan turut terlibat dalam hal ini. Orang yang berjalan sambil tidur ini tatapannya kosong selama episode ini berlangsung. Umumnya mereka tidak responsive dengan orang lain dan sulit dibangunkan. Ketika bangun pagi hari, mereka hanya sedikit sekali mengingat pengalaman semalam. Bila ia terbangun saat episode sedang berlangsung, maka ia akan mengalami disorientasi (kebingungan) beberapa saat, kemudian sadar sepenuhnya. Peristiwa kekerasan yang dikaitkan dengan berjalan sambil tidur, jarang terjadi dan kemungkinan melibatkan bentuk lain dari psikopatologi.

4. Apa diagnosis banding dari gangguan tidur ?

Penyebab gangguan tidur terdiri atas :

- 1) Lingkungan : higiene tidur yang buruk (poor sleep hygiene), perubahan zona waktu (change in time zone), perubahan kebiasaan tidur (Change in sleeping habits), shiftwork.
- 2) Psikologis : tidur singkat alami (natural short sleeper), kehamilan (pregnancy), usia pertengahan (middle age).
- 3) Stress kehidupan : berkabung (bereavement), ujian (exams), pindah rumah (house move).
- 4) Psikiatri : Ansietas Akut, depresi, mania, skizofrenia, sindroma otak organik (organic brain syndrome).
- 5) Fisik : nyeri (pain), cardiorespiratory distress, arthritis, nocturia, gangguan pencernaan, tirotoksikosis.

- 6) Farmakologi : Caffeine, alcohol, stimulansia (amphetamine, shabu, extacy), penggunaan obat hipnotik kronik (chronic hypnotic use).
- 7) Parasomnia : sleep apnoe, sleep myoclonus.
- 8) Gangguan tidur primer.

5. Bagaimana patofisiologi gangguan tidur ?

- 1) Neurotransmitter yang terlibat pada gangguan tidur sampai sekarang belum diketahui secara jelas. Namun ada dugaan gangguan ini melibatkan neurotransmitter serotonin, asetilkolin, norepinefrin, asam aminobutirat (GABA), dan mungkin juga dopamine. Bukti-bukti terakhir menunjukkan bahwa serotonin memungkinkan induksi tidur oleh faktor lain, yang kemungkinan suatu peptide. Dan pada keadaan tidur REM kadar asetil kolin menunjukkan peningkatan dalam cairan serebrospinal. Asam amino butirat juga berperan dalam proses tidur terutama perannya sebagai transmitter inhibitor utama dalam susunan saraf pusat, karena nampaknya benzodiazepine bekerja sebagai potensiator GABA. Penemuan terakhir adalah DSIP (peptide delta penyebab tidur), suatu “hipno toksin” yang menimbulkan tidur pada penelitian hewan.ditemukan dalam konsentrasi terbesar dalam thalamus dan mempunyai efek serupa dengan benzodizepin.
- 2) Siklus bangun – tidur merupakan ritme siklik, memperlihatkan ritme sirkadian yang serupa dengan ritme untuk suhu tubuh, pelepasan hormon (hormone pertumbuhan, melatonin, dan kortisol), ekskresi urin, dan bahkan aktivitas enzim hepar. Siklus ini dimodulasi oleh siklus gelap-terang yang mempengaruhi jam tubuh manusia

6. Pemeriksaan penunjang apa yang diperlukan untuk menegakkan diagnosa gangguan tidur?

- 1) Polysomnography (PSG) recording
- 2) Skala depresi (Beck’s Depression Inventory, Hamilton’s Depression Rating Scale)
- 3) Skala psikotik (Brief Psychotic Rating Scale)

7. Bagaimana penatalaksanaan gangguan tidur ?

Penatalaksanaan gangguan tidur dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu :

- 1) Pendekatan Biologis dengan menggunakan obat-obatan :
 - (1) Golongan Benzodiazepin seperti diazepam (Valium), lorazepam (merlopam)
 - (2) Golongan Non Benzodiazepin seperti Phenobarbital (luminal), zolpidem (stilnox), Amitriptilin (laroxyl),
 - (3) Golongan obat-obatan psikoaktif digunakan untuk hipersomnia.

Obat-obat benzodiazepine efektif mengurangi waktu yang dibutuhkan untuk tidur, meningkatkan waktu tidur total dan mengurangi terjaga di malam hari. Obat tersebut bekerja dengan cara mengurangi tingkat terjaga, membangkitkan perasaan tenang, karena membuat orang mudah untuk tidur.

Obat-obatan trisiklik (amitriptilin) digunakan untuk menangani gangguan tidur lelap – terror dalam tidur dan berjalan sambil tidur. Bekerja mengurangi panjangnya masa tidur lelap dan mengurangi episode terjaga saat tidur

Obat-obatan psikoaktif, seperti stimulant (methyl phenidat) digunakan untuk mempertahankan tahap terjaga pada orang dengan narkolepsi dan untuk mengatasi rasa mengantuk disiang hari pada orang dengan hipersomnia.

Tidur apnoe diatasi dengan obat-obatan yang bekerja pada susunan saraf pusat yang mengstimulasi pernafasan. Pembedahan digunakan untuk memperluas jalan nafas bagian atas alat pernafasan. Kadang-kadang juga digunakan alat bantu mekanik untuk mempertahankan jalan nafas selama tidur.

- 2) Pendekatan psikologis dengan menggunakan psikoterapi kognitif behavior. Psikoterapi kognitif behavior ini menekankan pada penanganan jangka pendek dan berpusat pada penurunan langsung gangguan kondisi fisiologis yang timbul, memodifikasi kebiasaan tidur yang maladaptive, dan mengubah pemikiran dan keyakinan yang disfungsi. Terapis kognitif behavior menggunakan kombinasi dari beberapa teknik psikoterapi seperti kontrol stimulus, pemantapan siklus bangun-tidur yang teratur, latihan relaksasi dan restrukturisasi yang rasional. Kontrol stimulus melibatkan perubahan stimulus lingkungan yang diasosiasikan dengan tidur. Dalam kondisi yang normal pasien belajar mengasosiasikan stimulus yang menghubungkan berbaring ditempat tidur dengan tidur, sehingga ketika ia terpapar dengan stimulus (tempat tidur) akan meningkatkan perasaan mengantuk. Melalui pemantapan siklus bangun-tidur individu didorong untuk membangun siklus bangun-tidur yang teratur, dengan mengadaptasi waktu tidur dan bangun yang lebih konsisten. Teknik relaksasi progresif dari Jacobson, individu dilatih sebelum tidur untuk menurunkan kesadaran fisiologis. Restrukturisasi rasional melibatkan alternative rasional untuk menggantikan pemikiran atau kepercayaan maladaptive yang bersifat "self defeating.

BAHAN BACAAN DAN SUMBER INFORMASI

D. Buku Ajar dan Journal

14. Boeree G. General Psychology. Alih bahasa : Helmi J Fauzi. Prismsophie. Jogyakarta. 2008. hlm 141-148.
15. Departemen Kesehatan RI.; Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III, Direktorat Pelayanan Medik DepKes RI. Jakarta, 1995. hlm 235-249
16. Guze B, Richeimer S, Siegel DJ,. Buku Saku Psikiatri. Alih bahasa : dr. R.F. Maulany. Penerbit EGC EGC. Cetakan pertama 1997. Jakarta, hlm 333- 346.
17. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, : Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, 10Th Edition , William & Wilkins, Baltimore, 2007, p749-753
18. Kaplan HI, Sadock BJ,, Kedokteran Jiwa Darurat. Alih bahasa : WM. Roan. Widya Medika. 1995. p315-319.
19. Nevid JS, Rathus SA, Greene B. Psikologi Abnormal. Alih bahasa : Tim Psikologi UI, Ed ke-5, Jilid 2. Penerbit Erlangga. Jakarta. 2005, hlm 61-70.
20. Sadock BJ, Sadock VA,. : Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Fourth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore. 2005. p236-247,
21. Tomb DA : Buku Saku Psikiatri Edisi 6, Alih bahasa, Martina Wiwie, Edisi bahasa Indonesia, EGC, Jakarta, 2003. p220-231.
22. Toy EC, Klamen D,. ; Case Files : Psychiatry. McGraw-Hill. New York, 2004. p275-286.

23. Treasaden IH, Laking PJ, Puri BK,. Textbook of Psychiatry. Churchill Livingstone. New York. 1996, p257-269.

E. Diktat Dan Handout

F. Sumber lain: VCD, Film, Internet, Slide, Tape