

# Gangguan Terkait dengan Stres

Oleh : M. Faisal Idrus

## *Tujuan Pembelajaran*

Setelah mengikuti mata kuliah ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Menjelaskan apa yang dimaksud dengan stres?
2. Menjelaskan reaksi terhadap stres apakah normal dan patologis.
3. Menjelaskan apa yang dimaksud berkecemasan.
4. Menjelaskan macam – macam gangguan yang terkait dengan stres

## *Apa yang dimaksud stress ?*

Menurut Lindsay, Carrieri-Kohlman, Stres adalah “Sebuah fenomena sosiopsikofisiologik, yang merupakan gabungan dari fungsi intelektual, perilaku, metabolisme, kekebalan tubuh, dan respon fisiologis lainnya terhadap stressor (atau stres) baik yang berasal dari dalam tubuh (endogen) ataupun dari luar tubuh (eksogen). Stres mungkin juga melibatkan pikiran dan perasaan yang mungkin menjadi ancaman yang dirasakan atau beberapa kondisi lain seperti dingin. Tanggapan umumnya menyajikan pelindung, fungsi adaptif.

Sedangkan menurut Hans Selye, Stress Adalah respon nonspesifik tubuh untuk permintaan apapun, apakah itu disebabkan oleh, atau hasil dalam kondisi menyenangkan atau tidak menyenangkan. "

Kesimpulannya stres merupakan respons, stimulus dan interaksi fisiologik, psikologik dan perilaku dari seseorang individu dalam menyesuaikan diri dan menyelesaikan tekanan–tekanan atau beban baik yang datang dari dalam dirinya maupun dari luar atau lingkungan sekitarnya.

## *Sumber stres :*

- Dari Psikososial & perilaku :
  1. Frustrasi
  2. Konflik
  3. Tekanan atau Beban Tugas
- Dari Bioekologi dan fisik
  1. Kebisingan
  2. Polusi
  3. Suhu
  4. Nutrisi

*Gangguan yang terkait dengan stress.*

Gangguan jiwa yang terkait stres ada tiga macam, yaitu :

1. Reaksi Stres Akut
2. Gangguan Stres Paska Trauma
3. Gangguan Penyesuaian

## Reaksi Stres Akut

Tingkat Kompetensi 2

*Pedoman diagnostic Reaksi Stres Akut menurut PPDGJ III*

1. Harus ada kaitan waktu yang jelas antara terjadinya pengalaman stres yang luar biasa (fisik atau mental) dengan onset dari gejala, biasanya beberapa menit atau segera setelah kejadian
2. Selain itu ditemukan gejala-gejala :
  - a) Terdapat gambaran gejala campuran yang biasanya berubah-ubah, selain gejala permulaan berupa keadaan “terpaku” (daze). Semua hal berikut dapat terlihat depresi, ansietas, kemarahan, kecewa, overaktif dan penarikan diri. Akan tetapi tidak satupun dari gejala tersebut yang mendominasi gambaran klinisnya untuk waktu yang lama
  - b) Pada kasus yang dapat dialihkan dari lingkup stressor-nya, gejala-gejala dapat menghilang dengan cepat (dalam beberapa jam) dalam hal dimana stres menjadi berkelanjutan atau tidak dapat dialihkan gejala –gejala biasanya baru mereda setelah 24-48 jam dan biasanya hampir menghilang setelah 3 hari.
3. Diagnosis ini tidak boleh digunakan untuk keadaan kambuhan mendadak dari gejala-gejala pada individu yang sudah menunjukkan gangguan psikiatrik lainnya.
4. Kerentanan individual dan kemampuan menyesuaikan diri memegang peranan dalam terjadinya atau beratnya suatu reaksi stres akut.

*Kriteria diagnostik Reaksi Stres Akut menurut DSM- VI-TR*

- A. *Seorang telah terpapar dengan peristiwa traumatis disertai dua hal berikut :*
  1. *orang mengalami, menyaksikan, atau dihadapkan dengan suatu peristiwa atau kejadian yang menyebabkan ancaman kematian atau cedera serius, atau ancaman terhadap integritas fisik pada diri sendiri atau orang lain*
  2. *respon seseorang yang terlibat dengan rasa takut hebat, tidak berdaya, atau horor.*
- B. *Baik saat mengalami atau setelah mengalami peristiwa menyedihkan, individu memiliki tiga (atau lebih) gejala disosiatif berikut:*
  1. *rasa subjektif dari mati rasa, detasemen, atau tidak adanya respon emosional*
  2. *penurunan kesadaran lingkungannya (misalnya, â€œbeing dalam â€œdazeâ€€ ??)*
  3. *derealization*
  4. *depersonalisasi*

5. *amnesia disosiatif (yaitu, ketidakmampuan untuk mengingat aspek penting dari trauma)*
- C. *Peristiwa traumatik yang terus menerus dialami kembali dalam setidaknya satu dari hal berikut: gambar berulang, pengalaman, mimpi, ilusi, episode kilas balik, atau rasa mengenang pengalaman; atau tekanan pada paparan pemicu peristiwa traumatik.*
- D. *Ditandai menghindari rangsangan yang membangkitkan ingatan mengenai peristiwa traumatik (misalnya, pikiran, perasaan, percakapan, kegiatan, tempat, orang).*
- E. *Ditandai gejala kecemasan atau meningkatnya kewaspadaan (misalnya, sulit tidur, mudah marah, kurang konsentrasi, hypervigilance, respon kaget yang berlebihan, kegelisahan motorik).*
- F. *Gangguan tersebut menyebabkan distress klinis yang bermakna atau penurunan kemampuan bidang sosial, pekerjaan, atau fungsi penting yang mengganggu kemampuan individu untuk menyelesaikan beberapa tugas yang diperlukan, seperti memperoleh bantuan yang diperlukan atau memobilisasi sumber daya individu dengan mengatakan kepada anggota keluarga tentang pengalaman traumatis.*
- G. *Gangguan berlangsung minimal selama 2 hari dan maksimal 4 minggu dan terjadi dalam waktu 4 minggu dari peristiwa traumatik.*
- H. *Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari suatu zat (misalnya, penyalahgunaan obat, obat) atau kondisi medis umum, tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan psikotik singkat, dan tidak hanya eksaserbasi dari gangguan yang sudah ada sebelumnya pada Axis I atau II Axis*

#### *Diagnosis Banding.*

1. Gangguan Mental Organic
2. Epilepsi
3. Gangguan Penyalahgunaan Alkohol
4. Gangguan Terkait Penyalahgunaan Zat Lain (Intoksikasi Akut atau Putus Zat)
5. Gangguan Panik Dan Gangguan Kecemasan Umum
6. Depresi Berat Juga Bersamaan Sering PTSD.
7. Gangguan Kepribadian Borderline, Gangguan Disosiatif, Dan Gangguan Buatan.

#### *Epidemiologi.*

- Prevalensi seumur hidup 8% dari populasi umum.
- Faktor Risiko: single, bercerai, janda, sosial ditarik, atau tingkat sosial ekonomi rendah.
- Faktor risiko yang paling penting keparahan, durasi, dan kedekatan paparan seseorang terhadap trauma aktual

#### *Penatalaksanaan.*

1. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi merupakan suatu jenis terapi yang menggunakan obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neurotransmitter disusunan syaraf pusat otak yakni sistem limbik. Sebagaimana diketahui sistem limbik merupakan bagian otak yang berfungsi mengatur alam pikiran, alam perasaan dan perilaku seseorang. Obat yang sering dipakai adalah obat anti cemas (axiolytic) golongan benzodiazepine seperti diazepam, lorazepam, alprazolam dan anti depresi (anti depressant) golongan SSRI seperti fluoxetine, sertraline (Zoloft).

## 2. Psikoterapi

### a) Pendekatan perilaku

Pendekatan perilaku dilakukan dengan mengubah perilaku yang menimbulkan stress akut, toleransi atau adaptabilitas terhadap stress akut yang dialami, menyeimbangkan antara aktivitas fisik dan nutrisi, serta manajemen perencanaan, organisasi dan waktu.

### b) Pendekatan Kognitif

Pendekatan kognitif merupakan pendekatan yang bertujuan untuk mengubah pola pikir individu agar berpikir positif dan sikap yang positif, membekali diri dengan pengetahuan tentang stres, serta menyeimbangkan antara aktivitas otak kiri dan kanan. Pendekatan kognitif bisa juga dilakukan dengan menggunakan metode hipnoterapi.

### c) Metode Coping Stres Menggunakan Teknik Relaksasi

Relaksasi dilakukan dengan tujuan untuk melepaskan semua ketegangan-ketegangan yang selama ini dialami oleh individu. Relaksasi yang dilakukan bisa berupa relaksasi otot-otot, relaksasi kesadaran indra dan relaksasi pikiran-pikiran.

### *Komorbiditas.*

- Dua pertiga (66%) memiliki setidaknya dua gangguan lain.
- Gangguan depresi
- Gangguan terkait-zat
- Gangguan kecemasan lainnya
- Gangguan bipolar

### *Prognosis.*

- Gejala dapat berfluktuasi dari waktu ke waktu dan mungkin paling berat selama periode stress tidak diobati,
- sekitar 30 persen pasien sembuh sepenuhnya,
- 40 persen terus memiliki gejala ringan,
- 20 persen terus memiliki gejala sedang,

- 10 persen tetap tidak berubah atau menjadi lebih buruk.
- Setelah 1 tahun, sekitar 50 persen pasien akan sembuh.

Prognosis yang baik bila.

- Onset akut,
- Durasi singkat dari gejala (kurang dari 6 bulan),
- Fungsi pra-morbid baik,
- Dukungan sosial baik (keluarga, teman, tetangga)
- Tidak ada Gangguan psikiatri, Medis Dan penyalahgunaan zat yang menyertainya (komorbiditas)

## Gangguan Stres Paska Trauma

Tingkat Kompetensi 3 A

### *Diagnosis*

*Pedoman diagnosis menurut PPDGJ III.*

- Diagnosis baru ditegakkan bilamana gangguan ini timbul dalam kurun waktu 6 bulan setelah kejadian traumatis berat (masa laten berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan, jarang melampaui 6 bulan),  
Kemungkinan diagnosa masih dapat ditegakkan apabila tertundanya waktu mulai saat kejadian dan onset gangguan melebihi 6 bulan, asal saja manifestasi klinisnya adalah khas dan tidak didapat alternatif kategori gangguan lainnya
- Sebagai bukti tambahan selain trauma, harus didoatkan bayang-bayang atau mimpi –mimpi dari kejadian traumatik secara berulang-ulang kembali (flashback).
- Gangguan otonomil, gangguan afek dan kelainan tingkah laku semuanya dapat mewarnai diagnosis, tetapi tidak khas.
- Suatu “sequele” menahun yang terjadi lambat setelah stres yang luar biasa misalnya saja beberapa puluh tahun setelah bencana, diklasifikasikan dalam katagori F 62.0 (perubahan kepribadian yang berlangsung setelah kejadian katas trofi,

*Kriteria diagnostik untuk Posttraumatic Stress Disorder Menurut DSM-IV-TR.*

- A. Orang yang telah terpapar peristiwa traumatis di mana ada kedua berikut :
1. orang berpengalaman, menyaksikan, atau dihadapkan dengan suatu peristiwa atau kejadian yang melibatkan kematian aktual atau terancam atau cedera serius, atau ancaman terhadap integritas fisik diri sendiri atau orang lain
  2. respon seseorang yang terlibat takut intens, tidak berdaya, atau horor.
- Catatan: Pada anak-anak, ini dapat dinyatakan bukan oleh perilaku disorganisasi atau gelisah.

- B. Peristiwa traumatik yang terus-menerus dialaminya secara berulang dalam satu (atau lebih) dari cara berikut:
1. berulang dan kenangan menyedihkan mengganggu acara, termasuk gambar, pikiran, atau persepsi. Catatan: Pada anak-anak muda, bermain berulang-ulang dapat terjadi di mana tema atau aspek trauma disajikan.
  2. mimpi menyedihkan berulang acara. Catatan: Pada anak-anak, mungkin ada mimpi menakutkan tanpa isi dikenali.
  3. akting atau merasa seolah-olah peristiwa traumatik yang berulang (termasuk rasa mengenang pengalaman, ilusi, halusinasi, dan episode kilas balik disosiatif, termasuk yang terjadi pada kebangkitan atau saat mabuk). Catatan: Pada anak-anak muda, pemeragaan trauma-spesifik mungkin terjadi.
  4. tekanan psikologis yang intens di paparan isyarat internal atau eksternal yang melambangkan atau menyerupai aspek dari peristiwa traumatik
  5. reaktivitas fisiologis pada paparan isyarat internal atau eksternal yang melambangkan atau menyerupai aspek dari peristiwa traumatik
- C. Terus-menerus menghindari dari rangsangan yang terkait dengan trauma dan mati rasa respon umum (tidak hadir sebelum trauma), seperti yang ditunjukkan oleh tiga (atau lebih) dari yang berikut:
1. upaya untuk menghindari pikiran, perasaan, atau percakapan yang berhubungan dengan trauma
  2. upaya untuk menghindari kegiatan, tempat, atau orang-orang yang membangkitkan ingatan trauma
  3. ketidakmampuan untuk mengingat aspek penting dari trauma
  4. nyata berkurang bunga atau partisipasi dalam kegiatan yang signifikan
  5. perasaan detasemen atau keterasingan dari orang lain
  6. Kisaran terbatas mempengaruhi (misalnya, dapat memiliki perasaan yang penuh kasih)
  7. rasa masa depan yang menyempit (misalnya, tidak berharap untuk memiliki karir, perkawinan, anak-anak, atau jangka hidup yang normal)
- D. Gejala persisten peningkatan gairah (tidak hadir sebelum trauma), seperti yang ditunjukkan oleh dua (atau lebih) dari yang berikut:
1. kesulitan jatuh atau tidur
  2. lekas marah atau amarah
  3. kesulitan berkonsentrasi
  4. hypervigilance
  5. respon kaget yang berlebihan
- E. Durasi gangguan (gejala pada Kriteria B, C, dan D) lebih dari 1 bulan.
- F. Gangguan tersebut menyebabkan distress klinis yang bermakna atau penurunan kemampuan dalam bidang sosial, pekerjaan, atau penting dari fungsi.
- Tentukan jika:
- Akut: jika durasi gejala kurang dari 3 bulan
- Kronis: jika durasi gejala adalah 3 bulan atau lebih
- Tentukan jika:
- Dengan onset tertunda: jika timbulnya gejala setidaknya 6 bulan setelah stressor.

### *Diagnosa Banding.*

Karena pasien sering menunjukkan reaksi kompleks dari trauma, dokter harus berhati-hati dalam mengevaluasi sindrom lain yang ditimbulkan oleh trauma. Hal ini sangat penting untuk mengenali kontributor medis berpotensi dapat diobati dengan pengetahuan gejala pasca trauma, terutama cedera kepala selama trauma. Kontributor medis biasanya dapat dideteksi melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik. Pertimbangan organik lainnya yang dapat menjadi penyebab dan memperburuk gejala epilepsi, gangguan penggunaan alkohol, dan gangguan-zat lain yang terkait. Intoksikasi akut atau putus dari beberapa zat juga dapat memberikan gambaran klinis yang sulit dibedakan dengan gangguan ini sampai efek dari zat telah memudar.

Gejala PTSD bisa sulit untuk membedakan dari kedua gangguan panik dan gangguan cemas menyeluruh, karena ketiga gangguan ini berhubungan dengan kecemasan menonjol dan meningkatnya aktivitas saraf otonom. Kunci untuk mendiagnosa Stres Pasca Trauma (SPT) melibatkan perjalanan waktu terkait gejala untuk peristiwa traumatis. SPT juga berhubungan dengan pengalaman berulang dan perilaku menghindari trauma, gambaran biasanya tidak didapatkan pada gangguan panik atau gangguan cemas menyeluruh. Depresi berat juga sering bersamaan SPT. Meskipun kedua sindrom biasanya tidak sulit untuk dibedakan fenomenologisnya, penting untuk dicatat adanya komorbiditas depresi, karena ini bisa mempengaruhi pengobatan SPT. SPT juga harus dibedakan dari serangkaian gangguan terkait yang dapat menunjukkan kesamaan fenomenologis, termasuk gangguan kepribadian ambang, gangguan disosiatif, dan gangguan buatan. Gangguan kepribadian dapat sulit untuk membedakan dari SPT.

Gangguan dapat bersama-sama atau bahkan menyebabkan gangguan terkait. Pasien dengan gangguan disosiatif biasanya tidak memiliki perilaku penghindaran, yang meningkatkan aktivitas saraf otonom, atau adanya riwayat trauma.

### *Penatalaksanaan.*

Ketika seorang dokter dihadapkan dengan pasien yang telah mengalami trauma yang bermakna, pendekatan utama adalah dukungan, dorongan untuk membahas acara, dan edukasi tentang berbagai mekanisme koping (misalnya, relaksasi). Penggunaan obat penenang dan hipnotik juga dapat membantu. Ketika seorang pasien mengalami peristiwa traumatis di masa lalu dan sekarang memiliki PTSD, penekanan harus pada pendidikan tentang gangguan dan pengobatan, baik farmakologis dan psikoterapi. Dokter juga harus bekerja untuk destigmatisasi gagasan penyakit mental dan PTSD. Dukungan tambahan untuk pasien dan keluarga dapat diperoleh melalui kelompok dukungan lokal dan nasional untuk pasien dengan PTSD.

#### *Farmakoterapi*

Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), seperti sertraline (Zoloft) dan paroxetine (Paxil), dianggap pengobatan lini pertama untuk PTSD, karena peringkat khasiat, tolerabilitas, dan keselamatan mereka. SSRI mengurangi gejala dari semua kelompok PTSD gejala dan efektif dalam meningkatkan gejala unik untuk PTSD, bukan hanya gejala yang mirip dengan mereka

yang depresi atau gangguan kecemasan lainnya. Buspirone (BuSpar) adalah serotonergik dan juga mungkin digunakan.

Khasiat imipramine (Tofranil) dan amitriptyline (Elavil), dua obat trisiklik, dalam pengobatan PTSD didukung oleh sejumlah uji klinis yang terkendali dengan baik. Meskipun beberapa percobaan dari dua obat memiliki temuan negatif, kebanyakan dari uji coba ini memiliki cacat desain yang serius, termasuk terlalu pendek durasi. Dosis imipramine dan amitriptyline harus sama dengan yang digunakan untuk mengobati gangguan depresi, dan percobaan yang memadai harus berlangsung minimal 8 minggu. Pasien yang merespon dengan baik mungkin harus terus farmakoterapi untuk setidaknya 1 tahun sebelum dilakukan usaha untuk menarik obat. Beberapa studi menunjukkan bahwa farmakoterapi lebih efektif dalam mengobati depresi, kecemasan, dan hyperarousal dari dalam mengobati menghindari, penolakan, dan mati rasa emosional.

Obat lain yang mungkin berguna dalam pengobatan PTSD meliputi inhibitor monoamine oxidase (MAOIs) (misalnya, phenelzine [Nardil]), trazodone (Desyrel), dan antikonvulsan (misalnya, carbamazepine [Tegretol], valproate [Depakene]). Beberapa penelitian juga mengungkapkan peningkatan PTSD pada pasien yang diobati dengan reversibel inhibitor monoamine oxidase (Rimas). Penggunaan clonidine (Catapres) dan propranolol (Inderal), yang adalah agen antiadrenergic, disarankan oleh teori tentang hiperaktif noradrenergik di gangguan. Hampir tidak ada perhatian positif data penggunaan obat antipsikotik dalam gangguan, sehingga penggunaan obat-obatan seperti haloperidol (Haldol) harus disediakan untuk kontrol jangka pendek agresi parah dan agitasi.

#### *Psikoterapi*

Psikoterapi psikodinamik mungkin berguna dalam pengobatan banyak pasien dengan PTSD. Dalam beberapa kasus, rekonstruksi peristiwa traumatis dengan abreaksi terkait dan katarsis mungkin terapi, tetapi psikoterapi harus individual karena reexperiencing trauma menguasai beberapa pasien.

Intervensi psikoterapi untuk PTSD meliputi terapi perilaku, terapi kognitif, dan hipnosis. Banyak dokter menganjurkan psikoterapi waktu terbatas untuk korban trauma. Terapi seperti biasanya mengambil pendekatan kognitif dan juga memberikan dukungan dan keamanan. Sifat jangka pendek dari psikoterapi yang meminimalkan risiko ketergantungan dan kronisitas, tetapi isu-isu kecurigaan, paranoia, dan kepercayaan sering mempengaruhi kepatuhan. Terapis harus mengatasi penolakan pasien dari peristiwa traumatik, mendorong mereka untuk bersantai, dan menghapus mereka dari sumber stres. Pasien harus didorong untuk tidur, menggunakan obat jika diperlukan. Dukungan dari orang-orang di lingkungan mereka (misalnya, teman-teman dan kerabat) harus disediakan. Pasien harus didorong untuk meninjau dan abreact perasaan emosional yang terkait dengan peristiwa traumatik dan untuk merencanakan pemulihan di masa depan. Abreactionâ€™ "mengalami emosi yang terkait dengan eventâ€™" dapat membantu untuk beberapa pasien. The amobarbital (Amytal) wawancara telah digunakan untuk memfasilitasi proses ini.

Psikoterapi setelah peristiwa traumatis harus mengikuti model intervensi krisis dengan dukungan, pendidikan, dan pengembangan mekanisme koping dan penerimaan acara. Ketika PTSD telah mengembangkan, dua pendekatan psikoterapi utama dapat diambil. Yang pertama adalah terapi pemaparan, di mana pasien reexperiences peristiwa traumatik melalui teknik pencitraan atau dalam paparan vivo. Eksposur dapat intens, seperti dalam

terapi implosif, atau dinilai, seperti dalam desensitisasi sistematis. Pendekatan kedua adalah untuk mengajarkan metode pasien manajemen stres, termasuk teknik relaksasi dan pendekatan kognitif untuk mengatasi stres. Beberapa data awal menunjukkan bahwa, meskipun teknik manajemen stres yang efektif lebih cepat daripada teknik eksposur, hasil teknik eksposur bertahan lebih lama.

Teknik psikoterapi lain yang relatif baru dan agak kontroversial adalah gerakan mata desensitisasi dan pengolahan ulang (EMDR), di mana pasien berfokus pada gerakan lateral jari klinisi tetap menjaga citra mental dari pengalaman trauma. Kepercayaan umum adalah bahwa gejala dapat dikurangi sebagai pasien bekerja melalui peristiwa traumatis sementara dalam keadaan relaksasi yang mendalam. Para pendukung pengobatan ini menyatakan itu adalah sebagai efektif, dan mungkin lebih efektif, dibandingkan perawatan lain untuk PTSD dan yang lebih disukai oleh dokter dan pasien yang telah mencobanya.

Selain teknik terapi individu, terapi kelompok dan terapi keluarga telah dilaporkan efektif dalam kasus PTSD. Keuntungan dari terapi kelompok termasuk berbagi pengalaman traumatis dan dukungan dari anggota kelompok lainnya. Terapi kelompok telah sangat sukses pada veteran Vietnam dan korban bencana bencana seperti gempa bumi. Terapi keluarga sering membantu mempertahankan perkawinan melalui periode gejala diperburuk. Rawat inap mungkin diperlukan bila gejala sangat parah atau ketika risiko bunuh diri atau kekerasan lainnya ada.

#### *Perjalanan penyakit dan Prognosis*

PTSD biasanya berkembang beberapa waktu setelah trauma. Penundaan bisa sesingkat 1 minggu atau selama 30 tahun. Gejala dapat berfluktuasi dari waktu ke waktu dan mungkin paling hebat selama periode stres. Bila diobati, sekitar 30 persen pasien sembuh sepenuhnya, 40 persen terus memiliki gejala ringan, 20 persen terus memiliki gejala sedang, dan 10 persen tetap tidak berubah atau bahkan menjadi lebih buruk. Setelah 1 tahun, sekitar 50 persen pasien akan sembuh.

prognosis yang baik diprediksi oleh onset yang akut, durasi singkat dari gejala (kurang dari 6 bulan), fungsi premorbid yang baik, dukungan sosial yang kuat, dan tidak adanya gangguan mental, fisik sehat, atau faktor risiko lain dan yang berhubungan dengan penyalahgunaan zat lainnya.

Secara umum, orang yang usia sangat muda dan sangat tua memiliki lebih banyak kesulitan dengan peristiwa traumatis daripada mereka di usia pertengahan. Sebagai contoh, sekitar 80 persen anak-anak muda yang mengalami luka bakar menunjukkan gejala PTSD, 1 atau 2 tahun setelah cedera awal; hanya 30 persen orang dewasa yang menderita cedera tersebut memiliki PTSD setelah 1 tahun. Agaknya, anak-anak belum memiliki mekanisme koping yang memadai untuk menangani cedera fisik dan emosional dari trauma. Demikian juga, orang tua cenderung memiliki mekanisme koping lebih kaku daripada orang dewasa muda dan kurang mampu menggunakan pendekatan yang fleksibel untuk menangani efek trauma. Selain itu, efek traumatis dapat diperburuk oleh cedera fisik pada lanjut usia, terutama cedera dari sistem saraf dan sistem kardiovaskular, seperti berkurangnya aliran darah ke otak, jantung berdebar, dan aritmia, gangguan mental yang sudah ada sebelumnya, apakah gangguan kepribadian atau keadaan yang lebih serius, juga meningkatkan efek stres tertentu. PTSD

yang berkomorbiditas dengan gangguan lainnya sering lebih parah dan mungkin lebih kronis dan mungkin sulit untuk diobati. Ketersediaan dukungan sosial juga dapat mempengaruhi perkembangan tingkat keparahan, dan durasi PTSD. Secara umum, pasien yang memiliki jaringan yang baik dari dukungan sosial pulih lebih cepat.

## Gangguan Penyesuaian

Tingkat Kompetensi 2

### *Pendahuluan.*

Gangguan penyesuaian: merupakan respon emosional terhadap peristiwa stres. Stressor melibatkan masalah keuangan, penyakit medis, atau masalah hubungan. Gejala harus dimulai dalam waktu 3 bulan dari stressor. Hal ini dapat: akut (kurang 6 bulan) atau kronis (lebih dari 6 bulan)

### *Epidemiologi.*

Dapat terjadi pada semua usia, tetapi paling sering didiagnosis pada remaja. Pencetus umum menekankan: masalah sekolah, penolakan orang tua dan perceraian, dan penyalahgunaan zat, masalah perkawinan, perceraian, pindah ke lingkungan baru, dan masalah keuangan. Salah satu diagnosis psikiatri yang paling umum untuk gangguan pasien dirawat di rumah sakit untuk masalah medis dan bedah. Mengenai 2-8 persen dari populasi umum.

### *Diagnostik*

#### *Kriteria diagnostik DSM-IV-TR*

- A. Sebuah Perkembangan gejala emosional atau perilaku dalam menanggapi sebuah stressor diidentifikasi (s) terjadi dalam 3 bulan dari timbulnya stressor (s).
- B. Gejala atau perilaku ini secara klinis signifikan yang dibuktikan dengan salah satu dari berikut:  
Distress ditandai yang lebih dari apa yang diharapkan dari paparan stressor penurunan yang bermakna dalam bidang sosial atau pekerjaan (akademik) fungsi
- C. Gangguan stres yang berhubungan dengan tidak memenuhi kriteria untuk gangguan tertentu Axis I atau II yang sudah ada sebelumnya.
- D. Gejala tidak mewakili berkabung.
- E. Setelah stressor (atau konsekuensinya) telah dihentikan, gejala tidak bertahan selama lebih dari 6 bulan.

#### *Pedoman Diagnostik Menurut PPDGJ III.*

Diagnosis bergantung pada evaluasi terhadap hubungan antara :

a) bentuk, isi, dan beratnya gejala.

b) riwayat sebelumnya dan corak kepribadian dan

c) kejadian dan situasi yang “stresful” atau krisis kehidupan.

Adanya ketiga faktor diatas harus jelas dan bukti yang kuat bahwa gangguan tersebut tidak akan terjadi seandainya tidak mengalami hal tersebut.

Manifestasi gangguan bervariasi dan mencakup afek depresi, ansietas, campuran ansietas depresi, gangguan tingkah laku disertai adanya disabilitas dalam kegiatan sehari-hari. Tidak ada satupun dari gejala tersebut yang spesifik untuk mendukung diagnosis.

Onset biasanya terjadi dalam 1 bulan setelah kejadian yang “stresful” dan gejala biasanya tidak bertahan melebihi 6 bulan, kecuali dalam hal reaksi depresi berkepanjangan (F43.21).

#### *Diagnosis Banding :*

Meskipun berkabung sering menghasilkan gangguan sementara fungsi sosial dan pekerjaan, disfungsi seseorang tetap dalam batas-batas dapat diharapkan dari reaksi terhadap kehilangan orang yang dicintai dan, gangguan penyesuaian yang demikian, dapat diabaikan. Gejala lain dari gangguan penyesuaian harus dibedakan dengan **gangguan depresi mayor, gangguan psikotik singkat, gangguan cemas menyeluruh, gangguan somatisasi, gangguan terkait-zat, gangguan perilaku, masalah pendidikan, masalah pekerjaan, masalah identitas, dan PTSD**. Pasien dengan gangguan penyesuaian yang menunjukkan gangguan fungsi sosial atau pekerjaan di luar reaksi normal dan diharapkan juga ada stressor. Karena ada kriteria mutlak diperlukan penilaian klinis untuk membantu membedakan gangguan penyesuaian dari kondisi lain,. Beberapa pasien mungkin memenuhi kriteria untuk kedua gangguan penyesuaian dan gangguan kepribadian. Jika gangguan penyesuaian mengikuti penyakit fisik, klinisi harus memastikan bahwa gejala tidak berkelanjutan atau manifestasi lain dari penyakit atau pengobatannya.

#### *Penatalaksanaan*

##### *Psikoterapi*

Psikoterapi tetap merupakan pengobatan pilihan untuk gangguan penyesuaian. Terapi kelompok dapat sangat bermanfaat bagi pasien yang memiliki stress. Psikoterapi individu menawarkan kesempatan bagi pasien untuk mengeksplorasi makna stressor nya sehingga trauma sebelumnya dapat bekerja melalui. Setelah terapi berhasil, pasien kadang-kadang muncul dari gangguan penyesuaian lebih kuat dari pada periode premorbid, meskipun tidak ada patologi terbukti selama periode itu. Karena stressor dapat digambarkan dengan jelas pada gangguan penyesuaian, sering diyakini bahwa psikoterapi tidak diindikasikan dan bahwa gangguan ini akan sembuh secara spontan. Sudut pandang ini, bagaimanapun, mengabaikan fakta bahwa banyak orang terkena pengalaman stressor gejala yang berbeda, dan pada gangguan penyesuaian, respon patologis. Psikoterapi dapat membantu orang beradaptasi dengan stres yang tidak reversibel dengan waktu yang terbatas dan dapat

berfungsi sebagai intervensi pencegahan jika stressor tidak teratasi. Psikiater yang mengobati gangguan penyesuaian harus sangat menyadari masalah keuntungan sekunder. Peran penyakit mungkin bermanfaat untuk beberapa orang normal yang sehat yang memiliki sedikit pengalaman dengan kapasitas sakit untuk membebaskan mereka dari tanggung jawab. Dengan demikian, pasien dapat menemukan terapis yang penuh perhatian, empati, dan dapat memahami, yang diperlukan untuk sukses, menguntungkan mereka sendiri, dan terapis yang demikian dapat memperkuat gejala pasien. Pertimbangan tersebut harus diperhatikan sebelum psikoterapi intensif dimulai. Pasien dengan gangguan penyesuaian mungkin memiliki kesulitan dengan hukum, otoritas, atau sekolah. Psikiater tidak harus berusaha untuk menyelamatkan pasien tersebut dari konsekuensi dari tindakan mereka. Terlalu sering, kebaikan tersebut hanya memperkuat dukungan social yang tidak dapat mengurangi ketegangan dan menghambat pertumbuhan emosional berikutnya. Dalam kasus ini, terapi keluarga dapat membantu

#### *Perjalanan Penyakit dan Prognosis*

Dengan perawatan yang tepat, prognosis keseluruhan gangguan penyesuaian umumnya baik.

Kebanyakan pasien kembali ke tingkat sebelumnya mereka berfungsi dalam waktu 3 bulan. Beberapa orang (terutama remaja) yang menerima diagnosis gangguan penyesuaian kemudian memiliki gangguan mood atau gangguan terkait -zat. Remaja biasanya membutuhkan waktu lebih lama untuk pulih dibandingkan orang dewasa.

#### Dukacita, Kesedihan, dan Berkabung.

Reaksi psikologis dari mereka yang bertahan hidup kerugian yang signifikan.

Berkabung adalah proses dimana kesedihan teratasi.

Berkabung secara harfiah berarti keadaan yang dirampas dari seseorang dengan kematian dan mengacu berada keadaan berkabung

#### *Tahap kesedihan :*

- 1- Shock dan penyangkalan (menit, hari, minggu)? Percaya dan mati rasa? dan protes
- 2- Distress akut (minggu, bulan)
  - Gelombang tekanan somatik
  - Penarikan
  - Keasyikan
  - Kemarahan
  - Rasa bersalah
  - Pola perilaku kehilangan
  - Resah dan gelisah
  - Tanpa tujuan dan amotivational
  - Identifikasi dengan berduka

- 3- Resolusi (bulan, tahun)
  - Telah berduka
  - Kembali bekerja
  - Melanjutkan peran sebelumnya
  - Memperoleh peran baru
  - Re-pengalaman kesenangan
  - Mencari persahabatan dan cinta dari orang lain

*Kesedihan patologis :*

Kesedihan -Abnormally intens: Depresi Berat (Major Depressive Disorders (MDD)

Kesedihan -yang memanjang.> 6 bulan

- Kesedihan yang tertunda: muncul > 2 minggu setelah kematian.
- Kesedihan - tersimpan. gambaran yang tidak biasa, mis rasa permusuhan. menyimpan dendam atas apa yang terjadi

*Reaksi -Normal mati yang akan datang :*

Tahap 1: Denial (Syok dan penyangkalan (saya merasa baik-baik saja)

Tahap 2: Angry (Kemarahan (mengapa saya?)

Tahap 3: Bargaining (Perundingan (Saya akan memberikan lebih banyak waktu)

Tahap 4: Depresi (tidak dapat bekerja)

Tahap 5: Acceptance (Penerimaan (I cant melawannya)

*Membantu pasien yang berduka dan sekarat*

1-memfasilitasi proses normal kesedihan.

2-support

3-mempertimbangkan masalah-masalah praktis

4-obat

ng

*Dukacita atau depresi?*

Pada Dukacita:

Tidak ada perasaan bersalah dan tidak berharga, ide bunuh diri, atau retardasi psikomotor.

Dysphoria sering dipicu oleh pikiran atau pengingat dari almarhum.

Onset adalah dalam 2 bulan pertama berkabung.

Durasi gejala depresi kurang dari 2 bulan.

Gangguan fungsional adalah sementara dan ringan.

Tidak ada keluarga atau pribadi.

*Reference:*

Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott. Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 10th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2007. 613-621

McFarland BH. Introduction: Disaster dangers and decisions. *Community Ment Health J*. 2005;41:631-632.

Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *J Psychiatr Res*. 2006;40: 1-21.

Oquendo M, Brent DA, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, Burke AK, Firinciogullari S, Ellis SP, Mann JJ. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: Factors mediating the association with suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2005;162:560-566