

**SKILL LAB. SISTEM NEUROPSIKIATRI**

**BUKU PANDUAN MAHASISWA**

**TEHNIK**

**KETERAMPILAN WAWANCARA**



**Skill Lab. Sistem Neuropsikiatri  
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin  
Makassar  
2018**

## 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 2018

**Koordinator Skill Lab.Sistem Neuropsikiatri**

# **ANAMNESIS PSIKIATRIK**

## **SISTEM NEUROPSIKIATRI**

### **Pengertian**

Sebelum melakukan pemeriksaan status mental maka terlebih dahulu dilakukan komunikasi antara dokter (pemeriksa) dan pasien yang disebut sebagai anamnesis. 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 psikiatrik dilakukan untuk :

1. Mengetahui diagnosis dari seorang pasien
2. Membantu dokter dalam melakukan tindakan selanjutnya pada pasien
3. Mengetahui perkembangan serta kemajuan terapi pada pasien
4. Digunakan sebagai standar pelayanan dalam memberikan pelayanan paripurna terhadap pasien

## **Tujuan pembelajaran**

### **Tujuan Umum :**

Setelah kegiatan ini mahasiswa mampu melakukan anamnesis lengkap.

### **Tujuan Khusus :**

Setelah kegiatan ini mahasiswa mampu :

1. Melakukan anamnesis dengan pasien secara lengkap.
2. Membina rapport (hubungan baik).
3. Mempersiapkan pasien dalam rangka pemeriksaan fisik dan pemeriksaan status mental

### **Media dan alat bantu pembelajaran :**

- Daftar panduan belajar anamnesis.
- 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. Bermain peran tanya & jawab              | 30 menit  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengatur posisi duduk mahasiswa</li> <li>2. dua orang instruktur, 1 sebagai dokter &amp; 1 sebagai pasien memberikan contoh bagaimana cara melakukan anamnesa lengkap. Mahasiswa menyimak/mengamati</li> <li>3. memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya dan instruktur memberikan penjelasan tentang aspek-aspek yang penting</li> <li>4. kegiatan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik pada manikin atau probandus</li> <li>5. mahasiswa dapat memperhatikan dan menanyakan hal-hal yang belum dimengerti dan instruktur menanggapi</li> </ol> |
| 3. Praktek bermain peran dengan umpan balik | 100 menit | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mahasiswa dibagi menjadi pasangan-pasangan. Seorang mentor diperlukan untuk mengamati 2 pasang</li> <li>2. setiap pasangan berpraktek, 1 orang sebagai dokter (pemeriksa) dan 1 orang sebagai pasien secara serentak</li> <li>3. mentor memberikan tema khusus atau keluhan utama kepada pasien dan selanjutnya akan ditanyakan oleh si pemeriksa (dokter)</li> <li>4. mentor berkeliling diantara</li> </ol>   |

|                             |           |  |
|-----------------------------|-----------|--|
|                             |           | <p>mahasiswa dan melakukan supervisi menggunakan daftar tilik</p> <p>5. setiap mahasiswa paling sedikit berlatih 1 kali</p>  |
| 4. Curah pendapat / diskusi | 15 menit  | <p>1. curah pendapat/diskusi : 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  
TEHNIK WAWANCARA**

**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 (mengadad), 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, hobbi, 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, penyalahgunaan 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 ketidaksetujuan, 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 kelurga 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

## TEHNIK ANAMNESIS DENGAN PASIEN SENDIRI

### TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Mahasiswa dapat melakukan wawancara dengan tehnikwawancara yang baik dan benar.

### TUJUAN UNSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)

Setelah melakukan latihan ketrampilan ini, diharapkan mahasiswa :

1. Mampu melakukan wawancara dengan baik baik dan benar
2. Mampu membuka dan memulai wawancara serta mengatasi kebuntuan wawancara
3. Mampu menerapkan bagaimana cara bersikap sebagai dokter dalam mewawancarai pasiennya
4. Mampu membina hubungan dokter - pasien dengan baik dan berkelanjutan.(rapport)
5. Mampu mengali dan mengumpulkan informasi yang berkenaan dengan anamnesa (identifikasi, keluhan utama, riwayat penyakit, riwayat pribadi, riwayat keluarga dsb) penyakit neuro-psikiatri,
6. Mampu bersikap empati terhadap penderitaan pasien
7. Mampu menyusun laporan status neuro-psikiatri dan mengutarakan kembali dengan baik dan benar.
8. Mampu berkomunikasi secara verbal dan nonverbal dengan baik
9. Mampu mendengarkan dan menanggapi keluhan pasien dengan baik dan benar.
10. Mampu membuat kesimpulan hasil wawancara yang dilakukan

STRATEGI DAN CARA PELATIHAN

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

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan mengguakan kriteria berikut :

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

| NO                     | LANGKAH / KEGIATAN   | NILAI |   |   |
|------------------------|--|-------|---|---|
|                        |  | 0     | 1 | 2 |
| <b>FASE PERKENALAN</b> |  |       |   |   |
| 1.                     | Persilahkan pasien masuk ke uangan   |       |   |   |
| 2.                     | Sapa pasien dengan mengucapkan salam dan senyum yang ramah   |       |   |   |
| 3.                     | Perkenalkan diri sambil menjabat tangan pasien   |       |   |   |
| 4.                     | Persilahkan pasien duduk   |       |   |   |
| 5.                     | Tunjukkan sikap empati   |       |   |   |
| <b>FASE PEMBUKAAN</b>  |  |       |   |   |
| 6.                     | Tawarkan bantuan yang dapat diberikan  |       |   |   |
| 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  |       |   |   |
| <b>FASE INTI</b>       |  |       |   |   |
| 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

### DAFTAR PENILAIAN TEHNIK WAWANCARA

Petunjuk : Berilah tanda (√) pada kotak yang sesuai,  
 Nilai 0 = tidak dilakukan, 1 = dilakukan tapi tidak memuaskan, 2 = memuaskan

| NO.                                    | ASPEK YANG DINILAI   | PENILAIAN |   |   |
|--|--|-----------|---|---|
|  |  | 0         | 1 | 2 |
| <b>Keterampilan Membina Rapport</b>    |  |           |   |   |
| 1.                                     | Mempersilahkan pasien masuk ke ruangan   |           |   |   |
| 2.                                     | Menyapa pasien dengan penuh keakraban  |           |   |   |
| 3.                                     | Memperkenalkan diri sambil menjabat tangan pasien  |           |   |   |
| 4.                                     | Mempersilahkan duduk   |           |   |   |
| 5.                                     | Menunjukkan sikap empati   |           |   |   |
| <b>Keterampilan Memulai Wawancara</b>  |  |           |   |   |
| 6.                                     | Menawarkan bantuan yang dapat diberikan  |           |   |   |
| 7.                                     | Menanyakan alasan pasien datang ke poliklinik atau keluhan utama dan sejak kapan keluhan in dirasakan.   |           |   |   |
| 8.                                     | Menggunakan keluhan utama untuk menentukan diagnosis banding dan diagnosa sementara  |           |   |   |
| <b>Keterampilan Menggali Informasi</b> |  |           |   |   |
| 9                                      | Menanyakan riwayat penyakit sekarang mulai dari onsetnya dan, sifatnya gejalanya, frekwensinya, lamanya, keparahannya, perjalanan penyakitnya, gejala-gejala lain yang menyertainya, |           |   |   |
| 10.                                    | Menanyakan pengaruh penyakit tsb   |           |   |   |

|                                       |   |  |  |  |
|---------------------------------------|---|--|--|--|
|                                       | terhadap aktivitas sosial dan pekerjaan serta penggunaan waktu senggang   |  |  |  |
| 11                                    | Menyingkirkan dan atau masukan berbagai kemungkinan diagnosis dengan menggunakan pertanyaan terpusat dan terinci. |  |  |  |
| 12.                                   | Menanyakan riwayat penyakit dahulu  |  |  |  |
| 13.                                   | Menanyakan riwayat pribadi  |  |  |  |
| 14..                                  | Menanyakan riwayat penyakit keluarga  |  |  |  |
| 15.                                   | Menanyakan keadaan diri dan lingkungan pasien saat ini  |  |  |  |
| <b>Keterampilan Menutup Wawancara</b> |   |  |  |  |
| 16.                                   | memberikan pasien kesempatan untuk mengajukan pertanyaan pada akhir wawancara.                                    |  |  |  |
| 17                                    | Membuat kesimpulan hasil wawancara  |  |  |  |
| 18                                    | Menegakkan Diagnosa Multiaksial   |  |  |  |
| 19                                    | Menyusun rencana pengobatan   |  |  |  |
| 20                                    | Menjabat tangan pasien sambil memberi harapan kepada pasien agar segalanya berjalan lancar dan baik               |  |  |  |

Komentar / kesimpulan : .....

Rekomendasi : .....

#### **RUJUKAN :**

1. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV American Psychiatric Association, , Washington DC, 1994.
2. Departemen Kesehatan RI : Pedoman Penggolongan dan Diagnostic Gangguan Jiwa Indonesia III, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes RI, Jakarta, 1993.
3. Departemen Kesehatan RI.; Suplemen Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III, Direktorat Pelayanan Medik DepKes RI. Jakarta, 1995
4. Hamilton M. : Fish's Clinical Psychopathology, Bristol, JohnWright & Son Ltd. Great Britania, 1974.
5. Shea CS : Psychiatric Interviewing The Art and Understanding, WB Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, 1988..
6. Puri BK, Laking PJ, Treasaden IH, : Textbook of Psychiatry, Churchil Livingstone, London, First published, 1986
7. Basanelli A, Carosella N, : Penilaian Psikiatrik Awal, dalam Buku Saku Psikiatri Residen Bagian Psikiatri UCLA. Editor : Barry Guze, Steven Richelmer, Alih bahasa : R. F. Maulany. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 1994,
8. Barber JK, Jenkins, : Clinical Assesment. In Behavioral Science. Wiener JM (ed). 2<sup>nd</sup> Edition, NMS William & Wilkins, Baltimore. 1990. Kaplan HI, Sadock BJ, : Pocket Handbook of Emergency Psych

9. Kaplan HI, Sadock BJ, : Pocket Handbook of Emergency Psychiatric Medicine. William & Wilkins, Baltimore, 1994.
10. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, : Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, 9<sup>th</sup> Edition , William & Wilkins, Baltimore, 1994.
11. Kolb LC : Modern Clinical Psychiatry, 11<sup>th</sup> Edition, WB Saunders Company, Philadelphia, 2002.
12. Maramis WF : Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, Airlangga University Press, 1980.
13. Tomb DA : Buku Saku Psikiatri Edisi 6, Alih bahasa, Martina Wiwie, Edisi bahasa Indonesia, EGC, Jakarta, 2003.
14. Wiener JM : Behavioral Science, 2<sup>nd</sup> Edition, NMS William & Wilkins, Baltimore. 1990.