

LAPORAN PEMERIKSAAN KEADAAN JIWA (PETUNJUK PEMERIKSAAN PSIKIATRIK)

Oleh :

W. F. MARAMIS



BAGIAN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

UNIVERSITAS
AIRLANGGA

5.89
ar
3

0415/AUP/0875/A25E



633 h 75





LAPORAN

PEMERIKSAAN KEADAAN JIWA

(PETUNJUK PEMERIKSAAN PSIKIATRIK)

oleh :

W. F. MARAMIS

R
616.89
Mar
l-3

Bagian Psikiatri
Fakultas Kedokteran
Universitas Airlangga
Surabaya

KATA PENGANTAR

Semua orang yang hendak membuat laporan pemeriksaan psikiatrik merasakan perlu adanya suatu kerangka pemeriksaan keadaan jiwa. Akan tetapi harus diakui bahwa sampai sekarang ini kita tidak atau belum mempunyai suatu kerangka yang ideal bagi semua pasien psikiatrik. Biarpun demikian, lebih baik untuk mengikuti SUATU kerangka dari pada tidak memakainya sama sekali. Karena itulah, maka dengan ini penulis hendak mengemukakan sebuah kerangka.

Di belakang banyak kata istilah yang disajikan penulis dicantumkan pula pengertiannya agar salah-paham dihindari sebanyak-banyaknya, sebab tidak jarang terjadi bahwa sebuah kata istilah psikiatrik diartikan berlainan oleh para dokter/petugas di tempat kerja yang sama, apa lagi oleh mereka yang berlainan tempat kerjanya.

Mudah-mudahan karangan ini akan berguna bagi mereka yang memakainya, terutama bagi mereka yang sedang dalam pendidikan psikiatrik, sehingga komunikasi dalam bidang ini menjadi lebih lancar kelak, hendaknya.

Penulis yakin bahwa masih ada kekurangan dalam karangan ini. Sudilah kiranya para pemakai/pembaca memberi kritik yang membangun, yang akan diterima dengan segala senang hati dan rasa terimakasih.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terimakasihnya kepada dokter Nur Rachmad Adisasmito, dokter Marlina Setiawati Mahajudin dan dokter Fatimah Manik Haniman yang semuanya telah memberi berbagai pandangan yang bermanfaat untuk memperjelas isi karangan ini. Lemikian pula kepada sdr. F.X. Temengkol yang telah bersedia membantu dalam bidang bahasanya.

Surabaya, 6 Agustus 1975,

dr. W.P. Maramis

DAFTAR ISI

Keadaan jiwa.....	1
Laporan pemeriksaan keadaan jiwa.....	1
Tujuan pemeriksaan keadaan jiwa.....	1
Sumber informasi.....	2
Skala nilai intensitas gejala (skala nilai 6-angka).....	2
1. Kejujuran dan kelengkapan informasi.....	3
2. Sikap pasien terhadap pemeriksanya.....	3
3. Rupa pasien.....	4
4. Psikomotor.....	5
5. Sikap dan tingkah-laku umum.....	6
6. Afek dan emosi.....	9
7. Kualitas bicara dan pikiran.....	10
8. Isi bicara dan pikiran.....	11
9. Fungsi somatik dan kekhawatiran somatik.....	15
10. Persepsi.....	17
11. Kesadaran.....	19
12. Fungsi kognitif.....	20
13. Pertimbangan.....	21
14. Potensi bunuh diri atau melakukan kekerasan.....	21
15. Pengertian tentang dan sikap terhadap gangguannya.....	21
16. Pemeriksaan fisik.....	22
17. Penilaian intensitas gangguan secara keseluruhan.....	22
18. Formulasi psikodinamik.....	22
19. Diagnosa dan diagnosa banding.....	22
20. Prognosa.....	23
21. Rekomendasi.....	23
22. Penilaian perubahan keadaan secara keseluruhan (skala).	23
Kepustakaan.....	24
PPDGJ-1, Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa ke-1 di Indonesia, 1973	25

LAPORAN PEMERIKSAAN KEADAAN JIWA
 (Petunjuk Pemeriksaan Psikiatrik)
 oleh: W.F. Maramis



Adapun Keadaan jiwa dalam arti kata yang luas berarti: tingkat dan gaya fungsi jiwa dan mengandung aspek inteligensi, afek, emosi, sikap, minat, kepribadian dan psikomotor.

Laporan pemeriksaan keadaan jiwa atau status mental yang dipakai dalam psikiatri klinik, berarti: hasil pemeriksaan jiwa pasien. Adapun laporan pemeriksaan keadaan jiwa itu merupakan suatu bentuk cerita yang mengandung banyak hal, seperti: afek, emosi, cara berbicara (ucapan), proses berpikir (bentuk, isi dan jalan pikiran), kesadaran, psikomotor, persepsi dan fungsi kognitif, termasuk orientasi. Laporan pemeriksaan keadaan jiwa itu merupakan bagian daripada pemeriksaan umum semua pasien, biarpun hanya singkat, apabila tidak terdapat tanda2 gangguan jiwa.

Tujuan pemeriksaan keadaan jiwa pada umumnya ialah untuk mendapatkan satu atau lebih daripada hal2 yang di bawah ini, yaitu :

- 1) Menemukan dan menilai gangguan jiwa yang ada, yang akan dipakai sebagai dasar pembuatan diagnosa (atau diagnosa sementara) serta menentukan tingkat gangguan serta pengobatannya (atau indikasi pengobatan psikiatrik khusus) dan selanjutnya penafsiran prognosanya.
- 2) Menggambarkan struktur kepribadian yang mungkin dapat menerangkan riwayat dan perkembangan gangguan jiwa yang terdapat.
- 3) Menilai kemampuan dan kemauan pasien dalam berpartisipasi secara wajar dalam pengobatan yang cocok baginya.

Tentu saja, laporan pemeriksaan keadaan jiwa itu didahului oleh: catatan mengenai:

1. Identifikasi pasien: nama, umur, jenis kelamin, suku-bangsa / latar belakang kebudayaan, status sipil, pekerjaan, & alamatnya.
2. Keluhan utama atau sebab utama apakah sampai ia datang berobat (menurut pasien dan/atau keluarganya).
3. Gangguan sekarang: dari permulaan gangguan (gejala/tanda pertama) hingga keadaan sekarang.
4. Riwayat pribadi: ditanyakan a.l. mengenai perkembangan fisik dan mental, hubungan antar-manusia, hidup emosi, sifat, minat, kemampuan dan prestasi, ketrampilan, pengalaman penting, kepercayaan, gangguan jiwa yang pernah dialaminya yang dapat dibagi dalam masa2: graviditas ibunya, kelahiran, bayi, kanak2, pubertas dan adolesens, dewasa, tua/senja usia.
5. Riwayat keluarga : orangtua, saudara, susunan keluarga, susunan anggota rumahtangga dalam rumah yang ditempatinya, anggota ke-

luarga yang pernah atau sedang menderita gangguan jiwa serta jenis gangguan jiwa itu.

Sumber informasi mengenai keadaan jiwa seorang pasien sebagian besar harus berdasarkan penilaian pemeriksa sendiri melalui kontak langsung dengan pasien, akan tetapi sumber lainpun dapat dipakai, ump. laporan dari perawatnya atau observasi pemeriksa sendiri di ruangan atau di tempat lain, lagi pula dapat ditambah dengan hetero-anamnesa yang dapat dipercaya.

Di bawah ini dikemukakan beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemeriksaan psikiatrik dan dalam laporan keadaan jiwa (status mental). Dalam menyusun laporan itu dianjurkan dengan sangat supaya memakai istilah2 yang disebut di bawah ini, walaupun si pemeriksa itu bebas dalam memerikan suatu keadaan dengan kata2nya sendiri, terutama mengenai hal yang belum tercantum dalam daftar ini, begitu juga dalam laporan lanjutan, laporan wawancara ataupun untuk cacatan psikiatrik yang berorientasi pada persoalannya (problem oriented psychiatric record).

Penulis mengakui bahwa pada dewasa ini tidak/belum ada kerangka laporan pemeriksaan keadaan jiwa yang ideal bagi semua pasien. Karena itu, maka kiranya lebih baik bila kini kita memakai sesuatu kerangka daripada tidak memakainya samasekali.

Mengenai beberapa istilahpun belum ada keseragaman pengertiannya. Penulis mengemukakan pengertian2 yang diterima olehnya (dan oleh anggota staf lainnya di Bagian Psikiatri). Semoga komunikasi mengenai hal ini akan menjadi lebih baik kelak hendaknya!

Jika mungkin, dianjurkan supaya mencantumkan pula tingkat atau derajat kesukaran/gejala dengan menggunakan "Skala nilai intensitas gejala" (skala nilai 6-angka) sebagai berikut:

1. Tidak ada
2. Ringan sekali atau sedikit sekali: jarang sekali (beberapa kali seminggu atau lebih kurang lagi) terdapat, timbul atau diperlihatkan oleh pasien, atau hampir tidak kelihatan.
3. Ringan atau sedikit: kadang2 saja (beberapa kali sehari) terdapat, timbul atau diperlihatkan oleh pasien, atau hanya sedikit mengganggu fungsi.
4. Sedang atau cukup: jelas ada dan mengganggu, tetapi tidak sering.
5. Berat, keras, sangat: jelas sekali, sering terdapat, timbul atau diperlihatkan oleh pasien atau mengganggu fungsi sebagian besar.
6. Berat sekali, keras sekali, sangat sekali: terus-menerus atau hampir terus-menerus ada, terlihat atau diperlihatkan oleh pasien atau fungsi terganggu (hampir) samasekali.

No.1 tidak perlu tiap kali ditulis, tetapi dipakai saja istilah penilaian yang cocok di antara no.2 dan no.6, bilamana perlu dan dapat dilakukan.

1. Kejujuran dan kelengkapan informasi

Soal ini merupakan kesan pemeriksa secara keseluruhan mengenai ketepatan, kebenaran serta kelengkapan informasi yang didapat dari pasiennya yang boleh dinyatakan sebagai:

- baik sekali
- baik
- cukup
- kurang
- kurang sekali.

Penilaian ini sebaiknya disertai penjelasannya, umpamanya: "kurang, karena pasien mutistik" atau karena salah satu hal yang tertera di bawah ini, yang merupakan alangan atau gangguan komunikasi yang mengurangi kelengkapan informasi, di antaranya:

1. Kualitas bicara yang tidak baik: semua gangguan bicara, seperti kelambatan, inkoherenensi, pengelakan atau bicara yang tidak relevant.
2. Preokupasi: perhatian dicurahkan hanya kepada satu hal atau idea saja, sehingga informasi mengenai hal2 lain berkurang.
3. Penyangkalan yang kuat: pemakaian mekanisme pembelaan ini secara kuat untuk menghilangkan kecemasan mengakibatkan bahwa pasien tidak mengakui atau menerima kenyataan. Pasien tidak berdusta.
4. Berdusta atau secara sadar memberi keterangan yang tidak benar.
5. Tidak ada respons: ump. karena mutisme.
6. Tidak mau memberi informasi.
7. Tuli.
8. Penyakit jasmani yang menyukarkan komunikasi.
9. Dialek atau bahasa daerah/asing yang tidak dipahami.
10. Gangguan kesadaran dan persepsi: penurunan kesadaran, disorientasi dan halusinasi dapat mengganggu komunikasi.

2. Sikap pasien terhadap pemeriksanya

Selayaknya sikap ini dinilai dengan mengingat akan latarbelakang kebudayaan, adat-istiadat serta kebiasaan si pasien dengan kemungkinan:

1. Positif: ada kerjasama dan partisipasi
2. Negatif: acuh-tak-acuh, menolak, marah2, curiga, pasif atau ragu2.
3. Ambivalent : sikap yang berubah-ubah, yaitu pada suatu waktu positif dan pada waktu lain, negatif.
4. Netral : tidak terlihat reaksi emosional tertentu.
5. Tidak dapat diketahui: seperti pada pasien dengan stupor dan mutisme.

3. Rupa pasien

1. Pasien kelihatan:

- sesuai dengan umurnya
- lebih tua daripada umurnya
- lebih muda daripada umurnya

2. Kesan umum mengenai kesehatan fisiknya:

- baik sekali
- baik
- sedang
- kurang
- kurang sekali

3. Berat badan:

- kurus sekali
- kurus
- normal
- gemuk
- gemuk sekali

4. Tinggi badan:

- pendek sekali
- pendek
- normal
- tinggi
- tinggi sekali

5. Cacat fisik : cacat jasmani yang kelihatan sampai mengakibatkan gangguan bentuk atau rupa. Hendaknya dicatat bagian badan manakah yang cacat serta derajat cacatnya, umpamanya:

- ringan sekali
- ringan
- sedang
- berat
- berat sekali

6. Gangguan dalam berjalan:

- berjalan dengan bantuan orang lain atau alat
- memakai kursi roda
- tidak dapat berpisah dengan tempattidurnya.

7. Cara berpakaian dan perawatan rupanya serta kerapian dan kebersihan pakaian, rambutnya, dsb, umpananya:

- tidak rapi
- kotor
- aneh
- tidak cocok untuk kesempatan tertentu.

8. Sikap badan:

- kaku: badan dan extremitas ditahan secara kaku
- bongkok
- bizar: aneh sekali, eksentrik (lain daripada biasa).

9. Roman muka: ekspresi muka (tidak usah cocok dengan "Sikap dan tingkah-laku umum" (no. 5), ump. pasien kelihatan marah (roman muka), tetapi tidak berbuat marah (tingkah-laku). Roman muka itu mungkin:

- biasa, tidak mempunyai arti
- tegang
- perplex: heran sekali bercampur kecemasan, kebingungan.
- curiga
- marah
- bosan
- murung
- sedih, susah
- menangis
- khawatir
- takut, cemas
- tolol
- grimas : ekspresi muka ^{mimik}/yang aneh dan berulang-ulang
- bercahaya, gembira
- sombong, angkuh
- tidak terlihat ekspresi samasekali (bila keras, kelihatan seperti topeng)
- waspada berlebihan: memperhatikan sesuatu hal secara berlebihan, ump.: memandangi pemeriksanya secara terus-menerus dengan sangat waspada.

10. Mata:

- menghindarkan kontak mata
- melamun, melihat ke ruang kosong
- melihat hanya sepintas lalu, secara mencuri-curi.

4. Psikomotor

Ini meliputi ciri2 pergerakan badan yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa dan yang dapat dilihat, yaitu:

1. Kelambatan : secara umum pergerakan dan reaksi menjadi lambat:
 - hipokinesa, hipoaktif
 - (sub-)stupor katatonik. reaksi terhadap lingkungan sangat berkurang, pergerakan dan aktivitas menjadi sangat lambat, sehingga kelihatan seperti pasien samasekali tidak memperhatikan lingkungannya.
 - katalepsi : mempertahankan secara kaku posisi badan tertentu, juga bila hendak diubah oleh orang lain.
 - Flexibilitas cerea: mempertahankan posisi badan yang dibuat padanya oleh orang lain.
2. Psikomotor yang meningkat: aktivitas umum yang berlebihan:
 - hiperkinesa, hiperaktif

- gaduh-gelisah katatonik: aktivitas motorik yang kelihatannya tidak bertujuan, yang berkali-kali dan seakan-akan tidak dipengaruhi oleh rangsang luar.
- 3. Tik (tic): pergerakan sekelompok otot atau bagian badan yang relatif kecil yang involunter, sekejap serta berkali-kali.
- 4. Bersikap aneh : sengaja mengambil sikap atau posisi badan yang tidak wajar, yang aneh atau bizar.
- 5. Mannerism : pergerakan atau perbuatan yang stereotip dan teatral (seperti sedang bermain sandiwara).
- 6. Stereotipi : pergerakan berkali-kali dan tidak bertujuan daripada suatu anggota badan.
- 7. Grimas: mimik yang aneh dan berulang-ulang.
- 8. Ekhopraxia : langsung meniru pergerakan orang lain pada saat dilihatnya.
- 9. Automatische perintah ("command automatism"): menuruti sebuah perintah secara otomatis tanpa memikirkan dahulu.
- 10. Automatische : berbuat sesuatu secara otomatis sebagai ekspresi simbolik aktivitas taksadar.
- 11. Negativisme: oposisi terhadap nasehat atau permintaan atau melakukan yang berlawanan.
- 12. Kataplexia : Tonus otot menghilang dengan mendadak dan sejenak, juga timbul kelemahan umum dengan atau tanpa turunnya kesadaran, yang dapat disebabkan oleh pelbagai keadaan emosi.
- 13. Astasia-abasia : tidak dapat duduk, berdiri dan berjalan karena suatu konflik emosional (merupakan suatu ^{gejala} reaksi konversi).
- 14. Berjalan mundur-mandir
- 15. Kegelisahan, gemetar, tremor
- 16. Berjalan:
 - tidak stabil
 - rigid, kaku
 - lambat.
- 17. Gangguan motorik (yang sebenarnya bukan merupakan gangguan psikomotor) yang mungkin sekali disebabkan oleh:
 - pemakaian obat: ump. tremor, hipokinesa, dyskinesia, akatisia, karena neroleptika.
 - gangguan ortopedik
 - gangguan nerologik

5. Sikap dan tingkah-laku umum

Ini meliputi sikap dan tingkah-laku yang diperlihatkan si pasien dalam interaksi dengan orang lain. Mungkin sesuai atau mungkin juga tidak sesuai dengan "isi bicara dan pikiran"

(no.8), ump.: pasien memukul orang lain, tetapi tidak mengakui mempunyai maksud atau pikiran untuk memukulnya.

1. Ciri-ciri positif:
 - suka menolong
 - riang
 - bertanggung-jawab
 - menyenangkan
 - disukai
 - mempunyai rasa humor
2. Tidak kooperatif
3. Menarik diri: mengingkari kontak atau hubungan dengan orang lain.
4. Sikap/tingkah-laku tidak wajar: aneh, eksentrik atau tidak sesuai dengan keadaan, ump.:
 - telanjang atau memperlihatkan bagian tubuhnya tertentu
 - bicara2 sendiri
 - ketawa kekanak-kanakan
 - ketawa terkikih-kikih (giggling)
5. Gangguan fungsinya dalam aktivitas bertujuan: gangguan dalam pekerjaan (bila diharapkan ia bekerja), atau dalam aktivitas bertujuan lain, ump.:
 - tidak menyelesaikan pekerjaan yang diharapkan.
 - gangguan pekerjaan di dalam rumah.
 - tidak dapat memakai pakaiannya dengan baik.
 - tidak menggunakan dengan baik waktu terluangnya.
 - tidak mengurus dirinya sehari-hari.
6. Curiga : mulai dari hanya sedikit sampai sangat mencurigai, ump.: merasa dirinya dikejar terus-menerus. Ada kalanya pasien mempunyai sikap dan tingkah-laku curiga yang jelas, tetapi tidak berwaham curiga.
7. Kemarahan yang nyata: meliputi ekspresi amarah keseluruhan yang nyata; kesimpulan bahwa adanya "amarah tak-sadar" hendaknya jangan dicatat di sini. Adapun ekspresi amarah itu berupa:
 - suka menyerang: kekerasan atau penganiayaan terhadap orang lain
 - destruktif secara fisik: suka merusak barang.
 - sarkastik
 - mudah tersinggung dan lekas marah ("irritable)
 - suka mengancam
 - suka berdebat
 - muram.
8. Membangkitkan amarah pada orang lain:
 - menggoda
 - memegang-megang orang lain
 - membantah.

5. 9. Tingkah-laku bunuh diri atau percobaan bunuh diri: misalnya: membeli obat-obatan, menyimpan pisau untuk bunuh diri atau pernah mencoba bunuh diri. Hendaknya dicatat juga derajat ancaman terhadap dirinya sendiri dan kesungguhan niat bunuh diri itu. (Dibedakan dari "pikiran bunuh diri" ("suicidal thoughts/ideation"), seperti pada No.8.2).
10. Mutilasi diri: dengan sengaja melukai dirinya sendiri sampai cacat (tidak ada hubungannya dengan percobaan bunuh diri).
11. Antisosial : sikap dan tingkah-laku antisosial, ump.:
- berdusta
 - mencuri
 - mengajak orang lain supaya melanggar hukum atau peraturan umum.
 - bersikap puas dengan tingkah-laku antisosialnya sendiri ataupun orang lain.
- Antisosial: secara aktif melakukannya.
(Asosial : secara pasif menghambat/mengalangi perkembangan kelompok/masyarakat; tidak mau membantu/bekerjasama)
12. Impulsif : bertindak segera tanpa berpikir lebih jauh.
13. Pasif : membiarkan dirinya diperlakukan orang lain tanpa berusaha menguasai keadaan atau jalannya kejadian.
14. Ketergantungan (dependent): sering mencari bantuan, persetujuan atau ketenangan yang tidak wajar dari orang lain.
15. Suka menguasai, ump.: berusaha menguasai wawancara, memberi perintah kiri-kanan.
16. Berjaga-jaga dan berhati-hati sekali: berlaku defensif, terlalu lekas membela dirinya (merasa diserang), menjaga atau melindungi dirinya, ump. tidak rela memberi keterangan.
17. Ritualistik : suka akan tingkah-laku upacara (ritualistik), memperlihatkan tingkah-laku kompulsif, tingkah-laku yang berulang-ulang yang tidak wajar, misalnya:
- mencuci tangan berulang-ulang
 - memeriksa sesuatu berkali-kali
 - Makan atau berpakaian dengan cara2 tertentu.
18. Merendahkan diri: merendahkan dirinya secara berlebihan, seperti seorang budak atau cenderung kepada menyenangkan dan memuaskan orang lain secara berlebihan.
19. Putus asa : berlaku susah, sedih, tak berani, seperti tidak ada harapan lagi.
20. Suka mengeluh.
21. Lesu, apatis: kekurangan perasaan, emosi, minat dan perhatian.
22. Dramatis : tingkah-laku yang dibuat-buat dengan emosi yang berlebihan
23. Suka menggoda dalam bidang sexual.

- 5.24. Tingkah-laku homo-sexual: pendekatan atau tindakan homo-sual yang nyata. Dibedakan dari pikiran homosexual atau "homosexual thoughts" (No.8.14) dan dorongan homosexual (No. 8.15).
25. Tingkah-laku yang menunjukkan deviasi seksual lain.
26. Penyalahgunaan obat ("drug abuse") atau alkohol ("alcohol abuse"): pengobatan dirinya sendiri secara berlebihan, pemakaian obat tanpa resep dokter atau tanpa indikasi medik, pemakaian obat secara berlebihan sehingga timbul gejala2 fisik, perubahan emosi atau tingkah-laku atau gangguan dalam pekerjaan/prestasi sehari-harinya. Demikian juga mengenai alkohol.

6. Afek dan emosi

Ini meliputi hidup perasaan yang diexpresikan atau dilaporkan oleh pasien. Hal ini mungkin sesuai, tetapi ada kalanya tidak sesuai dengan "isi bicara" (No. 8), ump. kelihatan sedih dan mau menangis, namun dikatakannya bahwa ia tidak sedih. Kesimpulan yang berdasarkan teori psikodinamika hendaknya jangan dimasukkan ke dalam golongan ini, misalnya: "amarr^a tak-sadar", sebab pasien kelihatan ramah-tamah secara berlebihan.

1. Depresi : rasa sedih, susah, tak berguna, gagal, tak ada harapan, putus asa, penyesalan, kehilangan yang patologis.
2. Kecemasan ("anxiety"): cemas (kecemasan: tidak jelas cemas terhadap apakah; ketakutan atau "fear": jelas / tahu takut terhadap apa), khawatir, gugup, tegang.
 - kecemasan yang mengambang ("free-floating anxiety"): kecemasan yang menyerap dan tidak ada hubungan dengan suatu pemikiran
 - agitasi : kecemasan bersama kegelisahan motorik yang hebat.
 - panik : serangan kecemasan yang hebat dengan kegelisahan, kebingungan dan hiperaktivitas yang tak terorganisasi
3. Efori : rasa riang, gembira, senang, bahagia yang berlebihan, yang tidak sesuai dengan keadaan.
4. Anhedonia : ke-tidak-mampuan merasakan kesenangan, tidak timbul perasaan senang dengan aktivitas yang biasanya menyenangkan baginya.
5. Kesepian.
6. Kedangkalan : kemiskinan afek dan emosi secara umum (berkurang secara kuantitatif); dapat digambarkan juga sebagai "datar", "tumpul", "dingin" yang sama maksudnya, tidak menunjukkan gradasi, ump. tidak atau hanya sedikit merasa / kelihatan gembira/sedih dalam keadaan atau mengenai hal yang menggembarakan/menyedihkan. Untuk gradasi dapat dipakai skala nilai 6-angka yang telah dikemukakan sebelum ini.

6. 7. Tak wajar: afek dan emosi yang tak patut/wajar dalam situasi tertentu, ump. ketawa terkikih-kikih waktu wawancara (terganggu secara kualitatif). Bila ekstrim akan menjadi:
 - inadekuat: afek dan emosi yang bertentangan dengan keadaan atau isi pikiran/bicara.
8. Labilitas: afek dan emosi yang berubah-ubah secara cepat tanpa pengawasan yang baik, ump. mendadak marah² atau menangis.
9. Variasi afek dan emosi sepanjang hari (variasi diurnal): perubahan afek dan emosi mulai pagi sampai malam hari.
10. Ambivalensi : emosi dan afek yang berlawanan terhadap sesuatu orang, cbyek atau hal.
11. Apatis : berkurangnya afek dan emosi terhadap sesuatu atau semua hal yang disertai rasa terpencil dan tidak peduli.

7. Kwalitas bicara dan pikiran

1. Suara:
 - keras sekali
 - berteriak
 - monoton: tidak ada variasi nada suara seperti biasa.
 - tegas
 - ragu-ragu
 - meréngék-réngék
 - berbisik-bisik, hampir tak terdengar.
2. Kecepatan: cepatnya bicara untuk mengutarakan pikiran serta cepatnya jalan pikiran itu sendiri.
3. Produktivitas: banyaknya bicara
4. Irelevansi : isi pikiran atau ucapan yang tidak ada hubungannya dengan pertanyaan atau dengan hal yang sedang dibicarakan.
5. Suka mengélakkan: dengan sengaja menghindari pertanyaan, tidak mau menjawab secara langsung.
6. Benturan ("blocking"): jalan pikiran mendadak berhenti atau berhenti di tengah sebuah kalimat. Pasien tidak dapat menerangkan kenapa ia berhenti.
7. Berputar-putar ("circumstantiality"): menuju secara tidak langsung ke idea pokok dengan menambahkan banyak hal rémém-témém yang menjemukan dan yang tidak relevant.
8. Asosiasi yang longgar: mengatakan hal² yang tidak ada hubungannya satu sama lain, ump. "Saya mau makan. Semua orang dapat berjalan." Bila ekstrim, maka akan terjadi inkoherensi
9. Inkoherensi : gangguan dalam bentuk bicara sehingga satu kalimatpun sudah sukar ditangkap atau diikuti; (suatu waham yang aneh mungkin diterangkan secara inkoherent). Inkoherensi boleh dikatakan merupakan asosiasi yang longgar secara ekstrim.

- 7.10. Kabur : mengatakan sesuatu secara samar2, tidak jelas artinya, tidak tepat.
11. Secara konkrit : kecenderungan kepada menilai konsep2 secara konkrit menurut persepsi sensorik, secara harfiah, menurut arti kata yang sebenarnya dan bukan secara abstrak atau bukan menurut arti kiasannya, ump. mengartikan sebuah pepatah secara harfiah. Juga kecondongan kepada menilai sesuatu hal hanya sebagian saja dan tidak secara keseluruhan.
12. Ekholalia : langsung mengulangi perkataan orang lain pada saat didengarnya.
13. Asosiasi bunyi ("clang association"): mengucapkan perkataan yang mempunyai persamaan bunyi, ump. "Saya mau makan di Tarakan, seakan-akan peranakan."
14. Neologisme : membentuk kata-kata baru yang tidak dipahami oleh umum.
15. Pikiran melayang ("flight of ideas"): perubahan yang mendadak lagi cepat dalam pembicaraan, sehingga suatu idea yg belum selesai diutarakannya sudah disusul oleh idea yang lain.
16. Main-main dengan kata: meryajak secara tidak wajar.
17. Perseverasi: berulang-ulang mengutarakan suatu idea, pikiran atau tema secara berlebihan.
18. Verbigerasi : berkali-kali mengucapkan sebuah kata.
19. Gangguan bicara seperti yang disebabkan oleh gangguan neurologik, ump. dysarthria, rhinolalia.
20. Koprohalia : sering mengeluarkan kata2 yang tidak sopan, yang kotor.
21. Merengut-rengut: komat-kamit atau bersungut-sungut yang tidak dapat dipahami dan hampir tidak terdengar ("unintelligible muttering")
22. Logorea : banyak bicara, kata2 dikeluarkan bertubi-tubi tanpa kontrol, tetapi masih koherent.

8. Isi bicara dan pikiran

Ini meliputi hal yang dikatakan oleh pasien atau hal yang sedang dipikirkan olehnya. Mungkin sesuai atau tidak sesuai dengan "sikap dan tingkah-laku umum" (No. 5), umpamanya pasien mungkin tidak bertingkah-laku bergantung (dependent), namun dilaporkannya perasaan tidak berdaya, rasa bergantung, membutuhkan bantuan. Informasi ini mungkin dilaporkannya dengan spontan atau setelah ditanyakan kepadanya.

1. Kebesaran: menceritakan tentang harga diri, kedudukan, kekuatan, hubungan atau kekayaannya yang berlebihan. Mungkin seorang pasien menceritakan yang besar2, tetapi tidak mempunyai waham kebesaran.

8. 2. Pikiran bunuh diri ("suicidal thoughts/ideation"): mulai dari kadang2 memikir tentang bunuh diri sampai terus-menerus memikir tentang cara bagaimanakah ia dapat membunuh dirinya.
3. Pikiran hubungan ("ideas of reference"): pembicaraan orang lain, benda2 atau kejadian2 dihubungkan dengan dirinya, ump. burung bersiul dianggapnya sebagai sebuah berita. (Pasienn mungkin sadar, bahwa pikirannya itu tidak masuk akal).
4. Pikiran yang aneh sekali (pikiran bizar): isi pikiran yang aneh, eksentrik atau tidak biasa (tidak usah merupakan waham), ump. pikir2 tentang orang mati, bila sudah dikuburkan, bagaimanakah ia nanti di dalam tanah itu atau: apabila lautan menjadi kering, bagaimanakah dengan semua ikan di dalamnya?
5. Fobi : rasa cemas yang irasional terhadap sesuatu benda atau keadaan dan yang tidak dapat dihilangkan atau ditekan oleh pasien, biarpun diketahuinya bahwa hal itu irasional adanya. Ini perlu dibedakan dari kecemasan yang mengambang ("free-floating anxiety") atau kecemasan mengenai keadaan umum, ump. takut akan jatuh sakit, takut gagal dalam usahanya. Adapun fobi itu bermacam-macam, diantaranya:
- agorarobi : terhadap ruangan yang luas
 - ailurofobi : terhadap kucing
 - akrofobi : terhadap tempat yang tinggi
 - algofobi : terhadap perasaan nyeri
 - astrafobi : terhadap badai, guntur, kilat
 - bakteriofobi : terhadap kuman
 - eritrofobi : terhadap mukanya akan menjadi merah
 - hematofobi : terhadap darah
 - kankerofobi : terhadap penyakit kanker (cancerophobia)
 - klaustrofobi : terhadap ruangan yang tertutup
 - nisofobi : terhadap kotoran dan kuman
 - monofobi : terhadap keadaan sendirian
 - niktofobi : terhadap keadaan gelap
 - okholofobi : terhadap keadaan ramai dengan banyak orang.
 - panfobi : terhadap segala sesuatu
 - patofobi : terhadap penyakit
 - pirofobi : terhadap api
 - sifilofobi : terhadap penyakit sifilis
 - xenofobi : terhadap orang asing
 - zoofobi : terhadap binatang
6. Kompulsi : suatu dorongan yang mendesak berkali-kali, biarpun tidak disukai, agar berbuat sesuatu yang bertentangan dengan keinginannya sehari-hari atau dengan kebiasaan serta norma2. Kompulsi itu mungkin terjadi karena fobi (misalnya:

8. 6. bakteriofobi mengakibatkan kompulsi cuci2 tangan) atau karena obsesi. Di antara bermacam-macam kompulsi itu terdapat:
- dipsomania : dorongan agar minum air
 - egomania : preokupasi dengan diri sendiri
 - erotomania : preokupasi dengan hal2 sexual
 - kleptomania : dorongan agar mencuri
 - megalomania : dorongan agar mencari kekuasaan
 - monomania : preokupasi dengan satu subyek
 - nimfomania : dorongan bersanggama pada wanita
 - satiriasis : dorongan bersanggama pada pria
 - trikhotilomania : dorongan mencabut-cabut rambutnya
 - ritual : dorongan bertingkah-laku upacara
7. Obsesi: isi pikiran yang kukuh ("persistent") timbul, biarpun tidak dikehendaknya , tetapi diketahuinya bahwa hal itu tidak wajar atau tidak mungkin, ump.: bahwa anaknya sedang sakit keras atau bahwa seorang wanita menjadi hanil karena perbuatannya. Obsesi itu dapat mengakibatkan kompulsi.
8. Rasa terasing (alienasi): perasaan bahwa dirinya sudah menjadi lain, berbeda, asing, ump. heran siapakah dia itu sebenarnya; rasanya ia berbeda sekali dengan orang lain; heran kenapa orang lain sudah berbeda, menjadi asing, aneh. Dibedakan dari pikiran isolasi sosial (No. 8.9) dan amnesia (No. 11.4)
9. Pikiran isolasi sosial ("social isolation"): rasa terisolasi, terkunci, terpencil dari masyarakat; rasa ditolak, tidak disukai oleh orang lain; rasa tidak enak bila berkumpul dengan orang lain; lebih suka menyendiri. Ini dibedakan dari "menarik diri" (No. 5.3) yang menunjukkan tingkah-laku dan dari "isolasi" sebagai mekanisme pembelaan psikologik.
10. Rasa kehilangan sesuatu: perasaan atau pikiran bahwa ia sudah tidak lagi mempunyai orang yang dekat padanya atau perasaan kehilangan suatu benda yang berharga.
11. Merendahkan diri : menghinakan dirinya sendiri, menyalahkan dirinya tentang suatu hal yang pernah ataupun tidak pernah dilakukannya.
12. Merasa dirugikan oleh orang lain: mengira atau menyangka bahwa ada orang lain yang telah merugikannya, sedang mengambil keuntungan dari padanya atau sedang mencelakakannya.
13. Dingin dalam bidang sexual : acuh-tak-acuh mengenai hal sexual; kegairahan sexual berkurang secara umum (hiposexual). Dibedakan dari gangguan potensi sexual (No. 8.16) dan impotensia dan frigiditas (No.9.9)
14. Takut akan homoseksualitas: takut digoda agar melakukan perbuatan homoseksual atau takut akan menjadi seorang homoseksual. Ini dibedakan dari "tingkah-laku homoseksual" (no. 5.24) yang menunjukkan tingkah-laku seorang pasien.

- 8.15. Dorongan homosexual: menceritakan tentang dorongan homosexualnya, yang dibedakan dari No.5.24.
16. Gangguan potensi sexual : kesuakaran dalam mempertahankan ereksi yang memuaskan waktu bersanggama.
17. Waham : keyakinan tentang suatu isi pikiran pribadi yang tidak sesuai dengan kenyataannya atau tidak cocok dengan inteligensi dan latar belakang kebudayaannya, biarpun dibuktikan kemustahilan hal itu. Waham itu banyak jenisnya, di antaranya:
- waham kejaran : Ump. pasien yakin bahwa ada orang atau komplot yang sedang menggangukannya atau bahwa dia sedang ditipu, dimata-matai atau kejelekannya sedang dibicarakan orang banyak.
 - waham somatik atau hipokhondrik: keyakinan mengenai (sebagian) tubuhnya yang tidak mungkin benar, ump. bahwa ususnya sudah busuk, otaknya sudah cair, ada seekor kuda di dalam perutnya.
 - Waham kebesaran : yakin bahwa ia mempunyai kekuatan, kedudukan, kepandaian atau kekayaan yang luar biasa, ump. : bahwa dialah Ratu Adil, dapat membaca pikiran orang lain, mempunyai puluhan rumah atau mobil.
 - waham keagamaan : waham dengan tema keagamaan.
 - waham dosa : keyakinan bahwa ia telah berbuat dosa atau kesalahan yang besar, yang tidak dapat diampuni atau bahwa ia bertanggung-jawab atas suatu kejadian yang tidak baik, ump. kecelakaan keluarga, karena pikirannya yang tidak baik.
 - waham pengaruh : yakin bahwa pikirannya, emosi atau perbuatannya diawasi atau dipengaruhi oleh orang lain atau suatu kekuasaan yang aneh.
 - waham nihilistik : yakin bahwa dunia ini sudah hancur atau bahwa ia sendiri dan/atau orang lain sudah mati.
 - tingkah-laku yang dipengaruhi oleh waham: karena waham, maka ia berbuat atau bertingkah-laku demikian.
- (Ada juga waham kelompok, seperti pada "folie à deux", yaitu kelompok 2 orang berwaham yang sama, "folie à trois", 3 orang, dsb)
18. Rasa salah : sering mengatakan bahwa ia telah bersalah.
19. Pesimisme : menyatakan pandangannya yang suram mengenai banyak hal dalam hidupnya.
20. Sering curiga : mengutarakan ke-tidak-percayaannya kepada orang lain.
21. Kasihan akan dirinya sendiri: mengira bahwa ia sendiri terlalu menderita.
22. Inadekuat : pembicaraan dan pikiran yang eksentrik, yang tidak cocok dengan banyak hal, terutama dalam pergaulan dan pekerjaannya.

- 8.23. Minatnya berkurang : menjadi acuh-tak-acuh terhadap banyak hal yang dahulu diperhatikan atau disenanginya, tetapi kini tidak dibicarakannya lagi.
24. Tidak dapat mengambil keputusan: sering ragu-ragu dalam pembicaraan dan pemikirannya.
25. Rasa tak berdaya: sering mengatakan bahwa ia tidak mampu.
26. Kegagalan : sering bercerita dan memikirkan mengenai kegagalannya dalam usahanya yang telah terjadi (dibedakan dari "pesimisme", No. 8.19)
27. Sakit hati : sering menceritakan tentang perlakuan yang menyakitkan hatinya atau yang menyinggung perasaannya.
28. Kematian : sering bercerita dan memikirkan tentang kematian seseorang yang dicintainya atau yang dekat padanya.
29. Kehilangan kontrol : sering berpikir tentang tidak terkontrolnya dirinya.
30. Kerugian : memikirkan tentang hal merugikan orang lain atau tentang sesuatu yang dirugikan oleh orang lain.
31. Pikiran dereistik (dereisme): cara berpikir yang tidak sesuai dengan logika dan pengalaman.
32. Pikiran autistik (autisme): cara berpikir yang hanya akan memuaskan keinginannya yang tak terpenuhi tanpa memperdulikan keadaan sekitarnya; hidup dalam alam pikirannya sendiri. Kadang2 dipakai juga untuk pikiran dereistik.
33. Bentuk pikiran yang non-realistik : bentuk pikiran yang sama sekali tidak berdasarkan kenyataan, ump.: menyelidiki sesuatu yang spektakuler/revolusioner bila ditemui ; mengambil kesimpulan yang aneh serta tidak masuk akal. (Merupakan gejala yang menonjol pada skizofrenia hebefrenik di samping tingkah-laku kekanak-kanakan). Dibedakan dari pikiran dereistik/autistik, tetapi kadang2 ketiga gangguan bentuk pikiran ini (No. 8.31, 8.32 dan 8.33) dijadikan satu dengan salah satu istilah itu.
34. Preokupasi : pikiran terpaku hanya pada sebuah idea yang biasanya berhubungan dengan keadaan yang mempunyai nada emosional yang kuat. Ini belum merupakan obsesi atau fobi.

9. Fungsi somatik dan kekhawatiran somatik

1. Kekuatan atau enersi: kemampuan menahan usaha tanpa lelah. Usaha itu mungkin tidak bertujuan, seperti pada seorang pasien dengan mania, tetap kuat dan energetik luar biasa.
2. Nafsu makan:
 - kurang sekali
 - kurang
 - biasa
 - besar
 - besar sekali.

9. 3. Minat atau aktivitas seksual dapat menjadi:
- sangat berkurang
 - sedikit berkurang
 - sedikit bertambah
 - sangat bertambah
4. Insomnia : menggambarkan gangguan tidur secara keseluruhan. Janganlah mencatat malam yang paling berat saja. Adapun jenisnya sbb:
- sukar tidur
 - sudah terbangun pada pagi2 buta, lalu tidak dapat tidur lagi
 - sering terbangun sepanjang malan.
5. Inkontinensia: tidak dapat menahan buang air kecil atau besar:
- kadang2
 - sering
 - sangat sering
 - (hampir) terus-menerus.
6. Kejang2 : serangan gangguan motorik atau sensorik yang mendadak dan sering disertai gangguan kesadaran, misalnya:
- histerik : disangka karena gangguan psikologik
 - organik : disangka karena gangguan struktur atau biokimia otak (epilepsi).
7. Gangguan panca-indra (organik): misalnya: buta, tuli.
8. Reaksi konversi: gangguan somatomotorik atau somatosensorik, sering secara simbolik menggambarkan suatu konflik emosional; dibedakan dari gangguan psikofisiologik (bagian yang terkena disarafi oleh susunan saraf vegetatif), dari penipuan atau simulasi yang dilakukan secara sadar dan dari gangguan neurologik yang tanda2nya sesuai dengan anatomi susunan saraf. Jika sudah pasti bahwa reaksi itu merupakan reaksi konversi, baru dicatat dan dicantumkan jenis reaksi itu.
- "Halusinasi histerik" hendaknya jangan dicatat di sini, tetapi ditulis di bagian "Persepsi" (No. 10.6).
- anesthesia : kehilangan indera peraba pada kulit pasien.
 - paresthesia : indera peraba yang berubah, ump. merasa seperti ditusuk-tusuk jarum, seperti ada semut berjalan, merasa panas atau tebal pada kulitnya.
 - kelumpuhan
 - gangguan penglihatan atau pendengaran
 - perasaan nyeri
 - pergerakan yang abnormal: ump. tremor, tik (tic), kejang2, ataxia.
9. Reaksi psikofisiologik: gejala/gangguan pada bagian tubuh yg disarafi oleh susunan saraf vegetatif dan yang disebabkan oleh gangguan emosi. Perubahan fisiologik ini biasanya menyer-

9. tai keadaan emosi tertentu; pada umumnya reversibel dan biasanya tidak mengakibatkan kerusakan jaringan yang permanent. Gangguan seperti ini mungkin terdapat pada:
- kulit : dermatitis, urtikaria, pruritus, hiperhidrosis
 - otot dan tulang : otot tegang sampai kaku; "tension headache", "lowback pain" pada otot.
 - alat pernapasan : sindroma hiperventilasi (bernapas berlebihan sehingga dapat menimbulkan rasa pusing, kepala enteng, paresthesia pada tangan dan di sekitar mulut, merasa berat di dada, napas rasanya pendek / kurang panjang, tenggorokan kering, perut gembung, tetani), asthma brochiale.
 - jantung dan pembuluh darah : palpitasi, hipertensi, "vascular headache".
 - alat pencernaan : lambung peri, nausea dan muntah-muntah, meteorisme, konstipasi, diare.
 - alat kemih dan kelamin : sering kencing, enuresis, dismenorea, frigiditas, impotensi (dibedakan dari No. 8.16 yang merupakan kekhawatiran dalam isi bicara dan pikiran).
 - panca-indra : mata berkunang-kunang, tinnitus.
10. Kekhawatiran yang tidak wajar mengenai kesehatan fisik: takut akan kesehatan fisik yang tidak sesuai dengan keadaan badannya yang sebenarnya. Termasuk baik prihatin tentang sebuah organ, maupun tentang beberapa organ tubuhnya (seperti pada nerosa hipokondrik).

0. Persepsi

Ini merupakan proses mengamati/mengetahui/mengartikan segala hal serta hubungan di antaranya setelah panca-indra mendapat rangsang.

1. Halusinasi: pencerapan tanpa adanya rangsang apapun pada panca-indra seorang pasien yang terjadi dalam keadaan sadar/bangun, baik yang disangka dasarnya organik, fungsional, psikotik, maupun histerik, semuanya dicatat jenisnya, sbb:
- halusinasi penglihatan (visual, optik): tak berbentuk (sinar, kilapan atau pola cahaya) atau berbentuk (orang, binatang atau barang lain yang dikenalnya).
 - halusinasi pendengaran (auditif) : suara manusia, binatang atau mesin, barang, kejadian alamiah.
 - halusinasi pencium (olfaktorik) : mencium sesuatu bau.
 - halusinasi pengecap (gustatorik) : merasa mengecap sesuatu
 - halusinasi peraba (taktil) : merasa diraba, disentuh, ditip, disinari atau seperti ada ulat bergerak dibawah kulit.

- 10.
- halusinasi kinestetik : merasa badannya bergerak dalam ruang, atau anggota badannya bergerak (anggota badan bayangan atau "phantom limb")
 - halusinasi viseral : perasaan tertentu timbul di dalam tubuhnya
 - isi : tema halusinasi, termasuk interpretasi pasien mengenai halusinasinya (mengancam, menyalahkan, keagamaan, menghina, kebesaran, seksual, membesar hati, membujuk, atau yang baik2 saja.)
 - keyakinan : sampai manakah pasien yakin bahwa halusinasi itu merupakan kejadian yang benar (mengetahui bahwa hal itu tidak benar, ragu-ragu atau yakin sekali bahwa hal itu benar)

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

2. Ilusi : Interpretasi atau penilaian yang salah mengenai pencerapan yang sungguh terjadi karena rangsang pada panca-endera. Umpanya: bunyi angin didengarnya seperti dipanggil namanya; bayangan daun dilihatnya seperti seorang penjahat. Adapun ilusi itu sangat dipengaruhi oleh emosi pada suatu waktu tertentu dan biasanya yang bersangkutan itu dapat mengoreksinya sesudahnya. Dibedakan dari "halusinasi" (No. 10.1), dari "pikiran hubungan" (No. 8.3) dan dari "disorientasi" (No. 11.2).
3. Depersonalisasi : perasaan aneh mengenai dirinya atau perasaan bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasa lagi, tidak menurut kenyataan, ump. : rasanya seperti sudah di luar badannya atau suatu bagian tubuhnya sudah bukan kepunyaannya lagi. Dibedakan dari "wahan hipokondrik" (No. 8.17). Kadang2 ditemukan juga pada sindroma lobus parietalis.
4. Derealisasi : perasaan aneh dan tidak menurut kenyataan mengenai lingkungannya, ump. segala sesuatu dialaminya seperti dalam impiannya. Dibedakan dari "kesadaran yang berubah" (No.11.5).
5. Halusinasi histerik : halusinasi yang timbul pada nerosa histerik karena konflik emosional.
6. Anestesia histerik : kehilangan peraba karena konflik emosional, tidak sesuai dengan anatomi susunan saraf (lihat No. 9.8)

1. Kesadaran

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

1. Penurunan kesadaran : kemampuan persepsi, perhatian dan pemikiran semuanya berkurang secara keseluruhan dengan amnesia sesudahnya. Amnesia ini mungkin bersifat:

- retrograd
- anterograd
- total
- sebagian,

sedang jalannya penuruaⁿ kesadaran itu kadang2:

- berfluktuasi : kesadaran naik-turun
- terus-menerus: tetap tidak kembali kepada kesadaran normal.

Penurunan kesadaran itu bertingkat sbb:

- apati
- somnolensi
- sopor
- (sub-)koma.

2. Gangguan orientasi : sebagai akibat gangguan kesadaran dan mengenai:

- waktu : tidak tahu-menahu tentang: jam, hari, pekan, bulan, tahun atau musin.
- tempat : tidak tahu-menahu di manakah ia berada
- orang : (dirinya sendiri atau orang lain): tidak tahu siapakah dia sendiri itu atau salah menafsirkan identitas orang lain. Dibedakan dari "ilusi" (No.10.2).

3. Gangguan ingatan: gangguan ingatan secara umum, tidak terbatas pada suatu waktu tertentu saja (seperti pada amnesia histerik).

- mengenai yang baru saja terjadi: kejadian pada beberapa jam atau beberapa hari yang lampau.
- mengenai yang sudah lama berselang terjadi: kejadian beberapa tahun yang lalu.

4. Disosiasi : sebagian tingkah-laku atau kejadian memisah secara psikologik dari kesadaran. Ini mungkin berupa:

- Trans ("trance"): keadaan kesadaran tanpa reaksi yang jelas terhadap lingkungannya yang biasanya mulai mendadak ; mungkin terdapat inobilitas dan roman mukanya kelihatan seperti bengong atau melamun; dapat ditimbulkan oleh

hipnosa atau upacara kepercayaan.

- Amnesia histerik : kehilangan ingatan atas dasar psikologi, karena disosiasi itu, mengenai suatu waktu tertentu, selektif biasanya. Dibedakan dari gangguan ingatan secara umum, seperti dikemukakan pada No.11.3.
- Fugue : suatu periode amnesia dengan pelarian secara fisik daripada suatu keadaan yang menimbulkan banyak stress, tetapi dengan mempertahankan kebiasaan dan ketrampilan (keadaan senja histerik atau "hysterical twilight state").
- Serangan histerik : suatu penampilan emosional yang jelas dengan unsur menarik perhatian dan kelihatannya tidak ada kontak dengan lingkungan. (Dibedakan dari reaksi konversi (No.9.8) dan dari "Trance" di bawah ini).
- Lain-lain : ump. somnambulisme, sindroma Ganser, menulis otomatis

Kesadaran pada trance, fugue, serangan epilepsi psikomotor, serangan histerik, somnambulisme disebut juga "kesadaran yg berkabut" ("clouding of consciousness").

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

(Catatan: Karena belum ada istilah yang tepat, maka dipakai kata "berubah".

Kesadaran yang "terganggu" = kesadaran yang abnormal = semua gangguan kesadaran)

11. 6. Paramnesia : ingatan yang keliru karena distorsi penanggihan kembali ("recall"), ump.:
- deja vu : sesuatu yang belum pernah dilihat, tetapi seperti sudah pernah dilihatnya.
 - jamai vu : sesuatu yang sudah pernah dilihat, tetapi seperti belum pernah dilihatnya.
 - fausse reconnaissance : pengenalan kembali yang keliru.
 - konfabulasi : secara tidak sadar mengisi lubang2 dalam ingatannya dengan cerita yang tidak sesuai dengan kenyataan, akan tetapi pasien percaya akan kebenarannya.
7. Hipermnesia : penahanan dalam ingatan ('retensi') dan pemanggihan kembali ingatan ("recall") yang berlebihan baiknya.

12. Fungsi kognitif

1. Gangguan perhatian : tidak mampu memfokus perhatian kepada hanya satu hal keadaan atau kemampuan memfokus perhatian berkurang atau daya konsentrasi terganggu. Gangguan ini dapat diobservasi oleh si pemeriksa atau hanya dikeluhkan

oleh pasien saja.

2. Lemas lengoh: perhatian sangat mudah tertarik kepada rangsang yang tidak penting atau tidak relevant dalam keadaan tertentu (intensitas perhatian berkurang).
3. Inteligensi : ditafsirkan secara kasar, diperhitungkan juga kecerdasan sehari-hari dalam pekerjaan, pergaulan, di sekolah atau dalam studinya serta hasilbagi inteligensi (H.I. atau I.Q.), bila ada. Adapun taraf inteligensi itu :
 - baik sekali (H.I. 130 ke atas)
 - baik (H.I. 110 - 130)
 - normal (H.I. 86 - 109)
 - taraf perbatasan (H.I. 68 - 85)
 - retardasi mental ringan (H.I. 52 - 67)
 - retardasi mental sedang (H.I. 36 - 51)
 - retardasi mental berat (H.I. 20 - 35)
 - retardasi mental sangat berat (H.I. 19 ke bawah)
 - dementia : penurunan inteligensi karena kerusakan jaringan otak yang ireversibel (dengan gradasi: ringan, sedang, berat, sangat berat).

3. Pertimbangan

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

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

Dalam pemilihan alternatif pasien sering keliru, binbang atau tidak puas dengan pilihannya.

4. Potensi membunuh diri atau melakukan kekerasan

Hendaknya ditafsirkan besarnya kemungkinan dalam beberapa hari atau minggu yang akan datang akan hal:

- bunuh diri.
- kekerasan fisik lainnya.

5. Pengertian tentang dan sikap terhadap gangguannya

1. Mengakui bahwa ia terganggu: mengerti bahwa ia sedang mengalami gangguan emosional atau mempunyai persoalan atau gejala-gejala...

15. 2. Motivasi menyelesaikan persoalan dengan suatu cara yang realistik: mungkin ia harus mengubah kebiasaan hidupnya, sikapnya atau tingkah-lakunya. Dinilai bagaimanakah pasien itu menerima pengobatan yang diusulkan kepadanya.
3. Insaf atau sadar akan peranannya dalam timbulnya kesukaran atau gangguannya. Apakah pasien tidak menyalahkan keadaan dan/atau orang lain mengenai kesukarannya? Sudah barang tentu hal ini tidak dapat dinilai jika kondisi pasien seluruhnya disebabkan oleh pengaruh luar, ump. pada psikosa yang berhubungan dengan sindroma otak organik.
4. Bila pasien itu ump. mutistik, maka tentu saja pengertian tentang sikap terhadap gangguannya itu tidak dapat diketahui.
5. Jika orang itu tidak sakit atau tidak terganggu, maka evaluasi mengenai pengertian tentang dan sikap terhadap gangguannya tidak dapat dikenakan/ditrapkan.

16. Pemeriksaan fisik

Diperiksa terutama secara intern dan nerologik secara umum.

17. Penilaian intensitas gangguan secara keseluruhan

Dinilai berat-ringannya gangguan pada pasien itu secara menyeluruh (dalam waktu satu minggu terakhir). Seandainya dalam jangka waktu itu pasien hanya satu kali selama kira2 satu jam menunjukkan gejala2 yang keras sekali, maka penilaian derajat gangguan itu secara menyeluruh bukanlah dengan sendirinya "keras sekali", melainkan bergantung pula kepada bagaimanakah pasien itu pada hari2 yang lain. Dapat dipakai juga "Skala penilaian derajat gejala" (skala nilai 6-angka). Prognosa jangan dimasukkan disini.

18. Formulasi psikodinamik

Ini meliputi usaha menjawab pertanyaan yang berikut:

1. Karena apakah sampai pasien menjadi individu seperti sekarang ini?
2. Pengaruh lingkungan dan keturunan apakah yang membentuk kepribadiannya sewaktu ia masih kanak2?
3. Bagaimanakah diexpresikannya kecemasan dan amarahnya?
4. Apakah yang merupakan sumber kesukaan dan kebanggaannya?
5. Bagaimanakah kenyataan keadaan hidupnya dapat mengakibatkan keadaannya yang sekarang ini?
6. Bagaimanakah mekanisme penyesuaian dirinya dan bagaimanakah efektivitas mekanisme itu?

19. Diagnosa dan diagnosa banding

Demi keseragaman harus dipakai Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa ke-1 di Indonesia, 1973 (PPDGJ-1), yang dike-

luarkan oleh Direktorat Kesehatan Jiwa, Departemen Kesehatan R.I. (Lihat hal. 25; hanya penggolongan diagnosa yang dimuat, penjelasannya tidak) Diagnosa banding dicatat seperlunya. Yang dibandingkan ialah gangguan atau penyakit yang berbeda etiologinya atau yang berbeda inti gangguannya/ (perbedaan kualitatif) Jenis2 suatu kesatuan gangguan/pe-nyakit tidak perlu didiagnosa bandingkan. (perbedaan kuantitatif).

20. Prognosa

Catatan prognosa itu hendaknya berdasarkan pengertian si pemeriksa mengenai daya tahan pasien, kelemahan penyesuaian dirinya, gangguan/penyakit yang dideritanya serta kenyataan hidupnya, dipengaruhi juga oleh riwayat mengenai pola penyesuaian diri pasien terhadap berbagai stress dahulu dan keta-abilannya.

21. Rekomendasi

Sesudah mengerti benar keadaan pasien serta seluk-beluk pengalaman hidupnya, barulah si pemeriksa tersangkut itu mem-beri rekomendasi mengenai suatu cara pengobatan.

22. Penilaian perubahan keadaan secara keseluruhan

Hendaknya dicatat gejala yang berubah berat-ringannya atau yang baru saja timbul, sesuai dengan istilah2 yang tersebut di atas ini, kemudian dicatat pula perubahan keadaan keselu-ruhannya sbb:

- lebih buruk
- tetap
- membaik sedikit: sebagian besar gejalanya masih ada, dengan perbaikan hanya sedikit secara menyeluruh.
- perbaikan sedang: lebih banyak gejala sudah hilang dengan kemajuan keseluruhan yang sedang.
- baik : gejala primer sudah hilang dengan kemajuan keseluruh-an yang menyolok.
- baik sekali : semua atau hampir semua gejala sudah hilang de-ngan perbaikan keseluruhan yang sempurna atau hampir sempurna.

Skala ini dapat dipakai juga untuk menilai keadaan pasien pada waktu pulang dari rumahsakit atau setelah berobat beberapa waktu.

KEPUSTAKAAN

1. Freedman, A.M., Kaplan, H.I. and Sadock, B.J.: Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry.
Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1972.
2. Information Sciences Division: MSIS, Multi-State Information System for Psychiatric Patients.
Research Center, Rockland Psychiatric Center, Orangeburg, New York 10962, 1973
3. Panitia Buku Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa : Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa ke-1 di Indonesia, 1973 (PPDGJ-1).
Direktorat Kesehatan Jiwa, Departemen Kesehatan R.I., Jakarta, 1973.
4. Subcommittee of the Committee on Public Information : A Psychiatric Glossary.
American Psychiatric Association, Washington, March 1975.

---oOo---

PENGGOLONGAN DIAGNOSA GANGGUAN JIWA KE-I, 1973
DI INDONESIA

- I. PSIKOSA (290-299)
- I-A. PSIKOSA BERHUBUNGAN DENGAN SINDROMA OTAK ORGANIK* (290-294)
- 290 Dementia senilis dan presenilis
.0 Dementia senilis
.1 Dementia presenilis
- 291 Psikosa alkoholik
.0 Delirium tremens
.1 Psikosa Korsakov (alkoholik)
.2 Halusinosa alkoholik lain
.3 Paranoia alkoholik (Keadaan paranoid alkoholik*)
.9 Psikosa alkoholik lain
- 292 Psikosa berhubungan dengan infeksi intrakranial
.0 Dementia paralytica
.1 Syphilis lain dari susunan saraf pusat
.2 Encephalitis epidemica
.3 Encephalitis lain
.9 Infeksi intrakranial lain
- 293 Psikosa berhubungan dengan kondisi cerebral lain
.0 Arteriosclerosis cerebri
.1 Gangguan cerebrovaskular lain
.2 Epilepsi
.3 Neoplasma intrakranial
.4 Penyakit degenerasi susunan saraf pusat
.5 Rudapaksa otak
.9 Kondisi cerebral lain
- 294 Psikosa berhubungan dengan kondisi fisik lain
.0 Gangguan endokrin
.1 Gangguan metabolisme dan gizi (nutrition)
.2 Infeksi tubuh (systemic infection)
.3 Intoxikasi obat atau racun (selain alkohol)
.4 Kelahiran anak
.8 Kondisi fisik lain
.9 Kondisi fisik yang tak tergolongkan

Catatan: * adalah golongan diagnosa yang diambil dari Diagnostic and Statistical Manual II (DSM-II), American Psychiatric Association.

+ adalah golongan diagnosa yang ditambahkan di Indonesia.

I-B. PSIKOSA FUNGSIONAL⁺ ATAU PSIKOGENIK⁺ (295-299) (PSIKOSA YANG TAK DIHUBUNGAN DENGAN KONDISI FISIK SEPERTI TERCANTUM SEBELUM INI*)

295 Schizofrenia

- .0 Schizofrenia simplex
- .1 Schizofrenia hebefrenik
- .2 Schizofrenia katatonik
- .3 Schizofrenia paranoid
- .4 Episoda schizofrenia akut (Acute schizophrenic episode)
- .5 Schizofrenia latent
- .6 Schizofrenia residual
- .7 Schizofrenia schizo-afektif
- .8 Schizofrenia lain
- .9 Schizofrenia tak tergolongkan

296 Psikosa afektif

- .0 Melancholia involusi
- .1 Psikosa manik-depresif, jenis mania
- .2 Psikosa manik-depresif, jenis depresi
- .3 Psikosa manik-depresif, jenis sirkular
- .8 Psikosa afektif lain
- .9 Psikosa afektif tak tergolongkan

297 Keadaan paranoid

- .0 Paranoia
- .1 Parafrenia involusi (Keadaan paranoid involusi*)
- .9 Keadaan paranoid lain

298 Psikosa lain

- .0 Psikosa depresi reaktif (Reaksi depresi psikotik*)
- .1 Gaduh-gelisah reaktif (Reactive excitation)
- .2 Kebingungan reaktif (Reactive confusion)
- .3 Reaksi paranoid akut
- .9 Psikosa reaktif tak tergolongkan

299 Psikosa tak tergolongkan

II. NEUROSA, GANGGUAN KEPERIBADIAN DAN GANGGUAN JIWA NON-PSIKOSA LAIN (300-309)

300 Neurosa

- .0 Neurosa cemas (Anxiety neurosis)
- .1 Neurosa histerik (Hysterical neurosis)
 - .13* Reaksi konversi*
 - .14* Reaksi disosiasi*
- .2 Neurosa fobik (Phobic neurosis)



Migraine
management of the
with headache by
Mac Neal

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

LAPORAN PEMERIKSAAN KEADWAAN JAWA
LABORATORIUM NEUROLOGI

257

2015

KKD

IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

LABORAN PEMERIKSAAN KEADWAN JAMPAMIS

17
28 AUG
1990

0661-6

VI
III
II
I

Tanda tangan
Perman Jam

Perman Jangnan
Kembali
Perman Jam

peel and fold
steps
peel

- .3 Neurosa obsesif-kompulsif
- .4 Neurosa depresif
- .5 Neurasthenia (Neurosa neurasthenik)
- .6 Sindroma depersonalisasi (Neurosa depersonalisasi*)
- .7 Neurosa hipochondrik
- .8 Neurosa lain
- .9 Neurosa tak tergolongkan
- 301 Gangguan kepribadian
 - .0 Kepribadian paranoid
 - .1 Kepribadian afektif (cyclothymic*)
 - .2 Kepribadian schizoid
 - .3 Kepribadian eksplosif
 - .4 Kepribadian anankastik (obsesif-kompulsif*)
 - .5 Kepribadian histerik
 - .6 Kepribadian asthenik
 - .7 Kepribadian antisosial
 - .8 Kepribadian pasif-agresif*
 - .9 Gangguan kepribadian tak tergolongkan
- 302 Deviasi seksual
 - .0 Homoseksual (atau Lesbianisme⁺)
 - .1 Fetishisme
 - .2 Pedofilia
 - .3 Transvestitisme
 - .4 Exhibisionisme
 - .8 Deviasi seksual lain
 - .9 Deviasi seksual tak tergolongkan
- 303 Alkoholisme (tidak termasuk psikosa alkoholik (291), intoksikasi alkohol akut atau kebetulan (E860, N980) dan berhubungan dengan kondisi fisik (309))
 - .0 Minum berlebihan episodik
 - .1 Kebiasaan minum berlebihan
 - .2 Ketagihan alkohol
 - .9 Alkoholisme lain
- 304 Ketergantungan obat
 - .0 Opium, alkaloid opium dan derivatnya
 - .1 Analgetika sintetik dengan efek seperti morfin
 - .2 Barbiturat
 - .3 Hipnotika dan sedativa lain atau "obat penenang"
 - .4 Cocaine
 - .5 Cannabis sativa (hashish, marihuana, ganja⁺)

- .6 Obat perangsang lain
- .7 Halusinogenika
- .8 Ketergantungan obat lain
- .9 Ketergantungan obat tak tergolongkan
- 305 Gangguan fisik dengan perkiraan sebab psikogenik (gangguan psikofisiologik*; gangguan psikosomatik⁺)
 - .0 Kulit
 - .1 Otot dan tulang
 - .2 Alat pernafasan
 - .3 Jantung dan pembuluh darah
 - .4 Darah dan getahbening
 - .5 Alat pencernaan
 - .6 Alat kemih dan kelamin
 - .7 Endokrin
 - .8 Pancaindera
 - .9 Gangguan fisik lain
- 306 Gejala khusus tak tergolongkan di tempat lain
 - .0 Gangguan bicara* (gagap, dsb.)
 - .1 Gangguan kemampuan belajar khusus (specific learning disturbance)
 - .2 Tic
 - .3 Gangguan psikomotorik lain
 - .4 Gangguan tidur
 - .5 Gangguan makan
 - .6 Enuresis
 - .7 Encopresis
 - .8 Cephalalgia
 - .9 Gejala khusus lain
- 07 Gangguan situasional sementara (Transient situational disturbances)
 - .0* Reaksi penyesuaian masa bayi*
 - .1* Reaksi penyesuaian masa anak*
 - .2* Reaksi penyesuaian masa remaja*
 - .3* Reaksi penyesuaian masa dewasa*
 - .4* Reaksi penyesuaian masa tua*
- 08 Gangguan tingkah-laku masa anak dan remaja*
 - .0* Reaksi hiperkinetik*
 - .1* Reaksi menarik-diri* (Withdrawing reaction)
 - .2* Reaksi cemas berlebihan* (Overanxious reaction)
 - .3* Reaksi melarikan diri* (Runaway reaction)
 - .4* Reaksi agresif individual* (Unsocialized aggressive reaction)

.5* Reaksi delinkwen kelompok* (Group delinquent reaction)

.9* Gangguan tingkah-laku lain*

309 Sindroma otak organik yang non-psikotik*

.0 Infeksi intrakranial

.1 Obat, racun atau intoksikasi tubuh (systemic intoxication)

.2 Rudapaksa otak

.3 Gangguan peredaran darah

.4 Epilepsi

.5 Gangguan metabolisme, pertumbuhan atau gizi (nutrition)

.6 Senilitas atau presenilitas

.7 Neoplasma intrakranial

.8 Penyakit degenerasi susunan saraf pusat

.9 Kondisi fisik lain

III. Retardasi mental (310-315)

310 Retardasi mental taraf perbatasan (IQ: 68-85)

311 Retardasi mental ringan (IQ: 52-67)

312 Retardasi mental sedang (IQ: 36-51)

313 Retardasi mental berat (IQ: 20-35)

314 Retardasi mental sangat berat (IQ: -20)

315 Retardasi mental tak tergolongkan

Kode tambahan angka ke 4 dapat digunakan untuk kategori 310-315.

.0 Akibat infeksi dan/atau intoksikasi

.1 Akibat rudapaksa dan/atau sebab fisik lain

.2 Akibat gangguan metabolisme, pertumbuhan atau gizi (nu-

.3 Akibat penyakit otak yang nyata (postnatal) trition)

.4 Akibat penyakit/pengaruh prenatal yang tak jelas

.5 Akibat kelainan kromosoma

.6 Akibat prematuritas

.7 Akibat gangguan jiwa berat

.8 Akibat deprivasi psikososial (lingkungan)

.9 Akibat keadaan lain dan tak tergolongkan

IV. KEADAAN TANPA GANGGUAN PSIKIATRIK YANG NYATA DAN KONDISI (KEADAAN) NON-SPESIFIK (316-318)

316* Kegagalan penyesuaian sosial tanpa gangguan psikiatrik yang nyata*

.0* Kegagalan penyesuaian dalam perkawinan*

.1* Kegagalan penyesuaian sosial*

.2* Kegagalan penyesuaian dalam pekerjaan*

.3* Tingkah-laku dis-sosial (Dyssocial behavior)*

.9* Kegagalan penyesuaian sosial lain*

317⁺ Kondisi (keadaan) yang terikat pada kebudayaan setempat⁺
(culture bound phenomena)

.0 Kondisi (keadaan) non-spesifik yang terikat pada ke-
budayaan setempat

.4 Amok⁺

.5 Koro⁺

.6 Latah⁺

.7 Kesurupan⁺

.9 Kondisi (keadaan) lain

318* Tidak terdapat gangguan jiwa*

V. ISTILAH BUKAN-DIAGNOSA UNTUK PENGGUNAAN ADMINISTRASI (319)

319* Istilah bukan-diagnosa untuk penggunaan administrasi*

.0* Diagnosa ditanggihkan*

.1* Pasien titipan*

.2* Hanya untuk penelitian (research)*

.3⁺ Keluarga pasien⁺

.9* Lain-lain*

====WFM====

R-
616.89 Laporan pemeriksaan keadaan
jiwa

No. Pokok	Maramis, W.F PEMINJAM	No. Kembali



