

**BUKU PENUNTUN PRAKTIKUM
KETERAMPILAN KLINIS
BLOK PSIKIATRI**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SURABAYA
2025**

TATA TERTIB MAHASISWA/I DALAM CSL / PRAKTIKUM

1. **SETIAP MAHASISWA/I WAJIB** berpakaian bersih, rapi dan sopan sesuai dengan peraturan berpakaian dalam Fakultas Kedokteran.
2. Setiap mahasiswa/i **WAJIB HADIR PALING LAMBAT 5 MENIT** sebelum waktu kegiatan yang ditentukan dan dosen berhak melarang mahasiswa/I tidak mengikuti praktikum / dianggap tidak hadir.
3. Setiap mahasiswa/i **WAJIB MEMAKAI JAS PRAKTIKUM** dalam keadaan rapi dan bersih. Bagi mahasiswa/i yang berjilbab, jilbab wajib dimasukkan ke dalam jas laboratorium.
4. **BAGI MAHASISWA** tidak boleh berambut panjang dan bagi **MAHASISWI** berambut panjang harus diikat rapi.
5. Bagi mahasiswa/i **tidak diperbolehkan memiliki kuku panjang.**
6. Simpan tas, buku, hp, dompet anda didalam ruang penyimpanan (Loker) dan kunci loker anda (kunci loker menjadi tanggung jawab masing-masing mahasiswa/i). **JANGAN** menyimpan barang diluar kepentingan praktik di daerah praktik atau pengujian.
7. **DAERAH PRAKTIK/PENGUJIAN** : Ikuti arah / tanda untuk penggunaan ruangan lab dan perlengkapan lab. Minta pengarahan dan untuk lokasi praktik atau perlengkapan yang akan diujikan.
8. **TIDAK ADA PENGGUNAAN HANDPHONE selama proses pembelajaran kecuali untuk mendokumentasikan kegiatan praktikum dan atas seizin dosen pembimbing praktikum.**
9. Setiap mahasiswa/i **TIDAK DIPERBOLEHKAN MEMBAWA ALAT TULIS** selain pensil, penghapus, penggaris.
10. Diharap **MEMBAWA KARTU PENGENAL MAHASISWA/I** dan **BUKU SAKU** (untuk ditandatangani dosen pembimbing) selama praktikum.

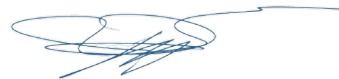
11. **ANJURAN:** Mulai membuat sebuah buku catatan skill lab pada saat dimulainya program pendidikan dokter anda – Atur semua skill lab yang berhubungan dengan informasi (seperti kertas prosedur, buku Prosedur, catatan). Perlengkapan tersebut dapat digunakan disetiap semester. Bawalah buku panduan manual keterampilan yang akan dipelajari
12. Mahasiswa/i **TIDAK DIPERKENANKAN** menggunakan alat-alat praktikum (Manekin) **TANPA DIDAMPINGI DOSEN PEMBIMBING / PETUGAS CSL.**
13. Mahasiswa/i wajib menguasai materi praktikum yang akan dipraktikkan.
14. Mahasiswa/i akan dibagi menjadi 5 kelompok, 1 kelompok 10 orang dengan 1 ketua kelompok sebagai penanggung jawab. **Setiap anggota kelompok BERTANGGUNGJAWAB ATAS KESELAMATAN DAN KEBERSIHAN ALAT-ALAT** yang digunakan dan pada akhir percobaan alat diserahkan kembali dalam keadaan bersih dan lengkap.
15. Mahasiswa/i mungkin akan diberikan perlengkapan yang ditugaskan pada mereka untuk digunakan selama berlangsungnya blok CSL tertentu. Jika anda ditugaskan pada perlengkapan tersebut dari skill lab, maka akan menjadi tanggung jawab anda untuk **MENJAGA PERLENGKAPAN** (seperti alat Cath atau Selang IV) agar tetap intak. **PROSES PEMINJAMAN ALAT DAN BAHAN HARUS MELALUI PERSONIL LAB YANG TERKAIT DAN DICATAT DALAM KARTU KONTROL MASING MASING.** Jika pada suatu waktu perlengkapan tersebut menjadi cacat, maka dimohon untuk segera menghubungi petugas CSL untuk proses penggantian dan harus segera diganti maksimal dalam 1 minggu.
16. **Pada saat praktikum** mahasiswa/i dilarang meninggalkan laboratorium dan menerima tamu tanpa seizin dosen .
17. Dimohon **UNTUK TIDAK MENGAKSES** daerah lain kecuali di instruksikan. **LIHAT TANDA & ARAHAN YANG TELAH DIPASANG.**
Barang – barang lab : Ruangan, Perlengkapan (manikin, simulator,

pompa IV) dan bahan dan alat/ instrumen sangat terbatas sedangkan penggunaan tinggi, sehingga sangat diharapkan **MENGGUNAKANNYA DENGAN BAIK DAN BENAR.**

18. **GUNAKAN** tempat tidur lab untuk tujuan praktik dan pengujian saja.
19. Orang yang ditunjuk untuk menjadi pasien harus membuka sepatu mereka pada saat berbaring ditempat tidur.
20. **LAPORKAN** setiap kerusakan, ketidakamanan, atau gangguan pada perlengkapan kepada personil lab.
21. Setelah selesai praktikum **dilarang meninggalkan laboratorium sebelum ada instruksi** dari dosen.
22. Mahasiswa/i yang **MELANGGAR TATA TERTIB PRAKTIKUM AKAN DIBERI SANKSI** mulai dari pemberian tugas sampai dengan tidak diikutkan dalam praktikum.
23. Peraturan yang tidak tercantum di atas dan dianggap perlu akan diberitahukan selanjutnya.

Mengetahui,

**Koor. Laboratorium Keterampilan Klinis
FK UBAYA**



dr. Rahmad Poedyo Armanto, Sp. OG.
NPK. 216030

VISI

Visi Fakultas Kedokteran Universitas Surabaya (Ubaya) adalah :

“Menghasilkan dokter yang kompeten, menerapkan teknologi kedokteran terkini melalui penyelenggaraan Tri Dharma Perguruan Tinggi”.

MISI

Misi Fakultas Kedokteran Universitas Surabaya (Ubaya) adalah :

- 1. Menyelenggarakan pendidikan kedokteran untuk menghasilkan dokter sesuai dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia yang berbasis teknologi kedokteran terkini untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat.**
- 2. Mengembangkan penelitian kedokteran yang inovatif, kolaboratif, dan berkualitas dalam upaya pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran terkini dengan tetap mengedepankan sumber daya dan kearifan lokal untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.**
- 3. Melaksanakan kegiatan pengabdian pada masyarakat untuk meningkatkan kualitas dan kemandirian masyarakat di bidang Kesehatan.**
- 4. Meningkatkan kerjasama dengan berbagai *stakeholder* untuk mengembangkan Tri Dharma yang akan mendorong kemajuan Institusi.**
- 5. Menyelenggarakan tata kelola yang baik (*good university governance-GUC*) untuk mendukung pengembangan Tri Dharma perguruan tinggi.**

PENYUSUN

dr. Katharina Merry Apriliani Angkawidjaja,M.H.,Sp.KJ.

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan atas segala rahmat serta khidmat-Nya, sehingga penyusunan Buku Modul Keterampilan Klinis Blok Sistem Psikiatri ini dapat diselesaikan dengan baik.

Proses pembelajaran Blok Sistem Psikiatri berlangsung selama 3 minggu dan diselenggarakan pada Semester 6. Untuk keterampilan klinis sendiri dalam Blok Sistem Psikiatri terdiri dari 3x pertemuan. Pada Pertemuan ke-1 diberikan penjelasan tentang pengantar teori secara umum dan keterampilan klinis apa yang harus dikuasai oleh mahasiswa dalam melakukan wawancara psikiatri serta metode yang dipakai oleh instruktur dalam membimbing dan memberikan penilaian. Pertemuan ke-2 berisi pembelajaran keterampilan klinis dalam melakukan penilaian status mental (psikiatri). Pertemuan ke-3 berisi pembelajaran keterampilan klinis dalam melakukan wawancara dan penilaian status mental (psikiatri) secara lengkap. Maka dari itu, keterampilan klinis yang wajib dipelajari pada blok Sistem Psikiatri, meliputi:

- Wawancara psikiatri
- Pemeriksaan status mental

Pada setiap akhir pertemuan pada Blok Sistem Psikiatri terdapat review yang dihadiri oleh semua instruktur untuk berdiskusi dengan mahasiswa mengenai metode dan kesulitan - kesulitan yang mereka dihadapi dan yang belum dipahami dengan baik.

Saya menyadari dalam penyusunan buku modul keterampilan klinis ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna, untuk itu saya mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi peningkatan kualitas pembelajaran mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Surabaya.

Terimakasih pula kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku modul keterampilan klinis ini.

Surabaya, Maret 2025

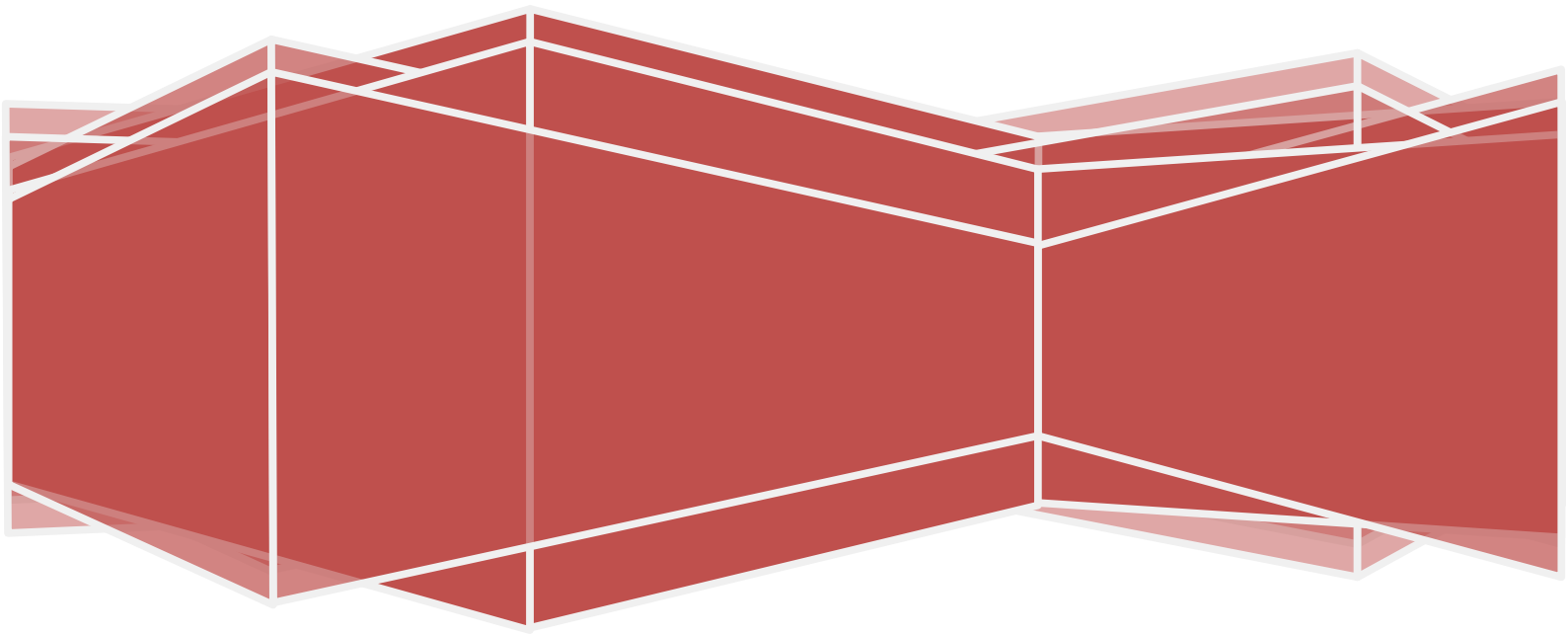
Penyusun

DAFTAR ISI

COVER	1
TATA TERTIB	2
VISI MISI FAKULTAS	5
TIM PENYUSUN	6
KATA PENGANTAR.....	7
DAFTAR ISI	8
WAWANCARA (ANAMNESIS) PSIKIATRI	9
PEMERIKSAAN STATUS MENTAL PSIKIATRI	20
WAWANCARA DAN PEMERIKSAAN STATUS PSIKIATRI LENGKAP.....	33

KETERAMPILAN WAWANCARA (ANAMNESIS) PSIKIATRI

LAB. KETERAMPILAN KLINIS
FK UBAYA



WAWANCARA (ANAMNESIS) PSIKIATRI

A. Pendahuluan

Pemeriksaan Psikiatri terdiri atas wawancara (anamnesis) dan pemeriksaan status mental. Wawancara (anamnesis) psikiatri meliputi :

1. Keluhan utama dan riwayat gangguan sekarang berisi keluhan utama yang membawa pasien berobat, gambaran tentang perjalanan awal penyakit serta keluhan-keluhan lainnya, faktor pencetus dan perkembangan gejala penyakit yang mencakup segala penjelasan / deskripsi pasien tentang gejala-gejala yang saat ini terjadi.
2. Riwayat – riwayat sebelumnya berisi riwayat gangguan psikiatrik sebelumnya, riwayat penyakit medik dan bedah sebelumnya serta riwayat hidup dari pasien mulai masa kelahiran, masa kanak, tumbuh kembang, dan riwayat lainnya hingga saat ini.

Riwayat yang didapat dari wawancara psikiatri sedikit berbeda dengan riwayat medik atau riwayat bedah dimana selain mengumpulkan data yang berhubungan dengan kronologis pembentukan gejala psikiatrik dan medik, pemeriksa harus berusaha membuat gambaran kepribadian pasien, gambaran pemahaman interpersonal pasien dan berbagai aspek yang penting semasa hidupnya sehingga dapat diperoleh riwayat yang komprehensif mengenai perkembangan pasien sejak usia dini hingga saat pemeriksaan.

Informasi riwayat selain diperoleh dari Autoanamnesa (pasien sendiri), juga dapat didukung dari informasi Heteroanamnesa (keluarga atau pihak kerabat lainnya) termasuk rekam medis sebelumnya. Riwayat komprehensif yang diperoleh dari pasien dan sumber informasi lainnya merupakan hal yang penting untuk menegakkan diagnosis yang tepat dan merencanakan terapi yang spesifik dan efektif. Sementara itu, pemeriksaan status mental merupakan bagian pengkajian secara klinis yang menggambarkan :

1. Keseluruhan pengamatan yang dilakukan oleh pemeriksa.
2. Kesan yang didapatkan dari pasien saat wawancara dilakukan.

B. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah kegiatan ini mahasiswa mampu melakukan wawancara (anamnesis) psikiatri dan pemeriksaan status mental dengan lengkap.

C. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah kegiatan ini mahasiswa mampu :

1. Melakukan anamnesis pada pasien dengan terstruktur dan penuh empati.
2. Melakukan pemeriksaan fisik standar dan pemeriksaan status mental sesuai garis besar pemeriksaan status mental.
3. Melakukan penilaian status mental yang dapat mendeskripsikan kondisi normal atau adanya gambaran psikopatologi tertentu pada pasien.

D. Media Pembelajaran

1. Format wawancara (anamnesis) psikiatri standar.
2. Garis besar pemeriksaan status mental.
3. Peraga Audio-Visual

E. Metode Pembelajaran

1. Demonstrasi sesuai dengan format wawancara (anamnesis) psikiatri standar dan garis besar pemeriksaan status mental.
2. Ceramah.
3. Diskusi.
4. Partisipasi aktif dalam kegiatan Simulasi *Clinical Skill Laboratory (CSL)* Psikiatri.
5. Evaluasi melalui *check list* / daftar tilik dengan sistem skoring.

F. Format Wawancara (Anamnesis) Psikiatri Standar

Garis besar riwayat psikiatri yang perlu didapatkan dalam wawancara (anamnesis) psikiatri adalah :

- I. Data Identitas
- II. Keluhan Utama
- III. Riwayat Gangguan Sekarang
 - a. *Onset* / awitan.
 - b. Perjalanan penyakit
 - c. Faktor pencetus.
- IV. Riwayat Gangguan dan Penyakit Dahulu
 - a. Gangguan Psikiatrik.
 - b. Penyakit Medik, trauma kepala dan Bedah.

c. Penggunaan zat terlarang.

V. Riwayat Hidup

a. Kelahiran

b. Prenatal dan perinatal.

c. Masa kanak awal (usia 0- 3 tahun).

d. Masa kanak pertengahan (3 – 11 tahun).

e. Masa kanak akhir (sejak pubertas hingga remaja).

f. Masa dewasa :

i. Riwayat pekerjaan.

ii. Riwayat hubungan dan perkawinan.

iii. Riwayat pendidikan.

iv. Riwayat militer.

v. Riwayat kehidupan beragama.

vi. Aktivitas sosial.

vii. Situasi kehidupan sekarang.

viii. Riwayat pelanggaran hukum.

VI. Riwayat psikoseksual.

VII. Riwayat keluarga.

VIII. Mimpi dan fantasi.

IX. Nilai-nilai (sistem nilai yang dianut pasien).

G. Simulasi *Clinical Skill Laboratory (CSL)* Wawancara (Anamnesis) Psikiatri

KEGIATAN	WAKTU	PENJELASAN
1. Pengantar	10 menit	Pemberian pengantar kepada mahasiswa terkait kegiatan simulasi <i>CSL</i> Psikiatri
2. Demonstrasi wawancara (anamnesa) dengan mempergunakan video atau dicontohkan oleh dua orang instruktur	20 menit	1. Pengaturan posisi duduk mahasiswa. 2. Instruktur memutar video wawancara (anamnesis) psikiatri. atau 3. Dua orang instruktur berada di depan kelas untuk memberikan contoh melakukan wawancara (anamnesis) psikiatri lengkap, dimana seorang instruktur berperan sebagai dokter, dan instruktur yang lain berperan sebagai pasien. 4. Mahasiswa melakukan pengamatan terhadap video yang diputar atau contoh oleh dua orang instruktur. 5. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya serta penjelasan dari instruktur mengenai aspek-aspek yang penting dari wawancara (anamnesis) psikiatri.
3. Praktek bermain peran dengan umpan balik	80 menit (4 x 20 menit)	1. Pembagian mahasiswa dalam kelompok kecil. 2. Setiap kelompok terdiri dari 3 (tiga) orang yang akan melakukan praktek bermain peran bergantian, dengan 1 orang berperan sebagai dokter, 1 orang berperan sebagai pasien, dan 1 orang berperan sebagai pengamat. 3. Instruktur memberikan skenario kasus. 4. Masing-masing mahasiswa melakukan praktek bermain peran sesuai dengan peran yang diterima selama 20 menit. 5. Mahasiswa yang berperan sebagai Dokter akan bertanya sesuai dengan panduan wawancara yang diberikan. 6. Mahasiswa yang berperan sebagai Pasien akan menjawab pertanyaan sesuai dengan skenario gangguan yang diberikan oleh instruktur. 7. Mahasiswa yang berperan sebagai Pengamat mengamati proses wawancara yang dilakukan oleh mahasiswa lain yang

		berperan sebagai dokter (pemeriksa) dan pasien (yang diperiksa) dengan menggunakan daftar tilik yang disediakan. 8. Instruktur berkeliling diantara mahasiswa dan melakukan supervisi atas daftar tilik. 9. Mahasiswa saling berganti peran
4. Diskusi	40 menit (4x 10 menit)	1. Mahasiswa yang berperan sebagai pasien menjelaskan apa yang dirasakannya 2. Hal apa saja yang dapat dilakukan oleh dokter agar melakukan wawancara secara empati dan membuat pasien merasa nyaman? 3. Instruktur menjawab pertanyaan-pertanyaan akan hal yang masih belum dimengerti serta memberikan kesimpulan.
Review	10 menit	1. Instruktur memberikan kesimpulan akhir 2. Mahasiswa dapat menanyakan hal-hal lain yang masih belum dipahami
Total Waktu	160 menit	

H. Evaluasi Melalui *Check List* / Daftar Tilik Dengan Sistem Skoring

CHECK LIST

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

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. Perlu perbaikan: langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan. 2. Mampu: Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisien. 3. Mahir: Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien. TS (Tidak Sesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai				
No.	LANGKAH – LANGKAH	SKOR		
		1	2	3
Tahap pengenalan				
1.	Menyapa pasien dengan mengucapkan salam sapa dan tersenyum dengan ramah.			
2.	Memperkenalkan diri dengan atau tanpa menjabat tangan pasien.			
3.	Mempersilakan pasien duduk.			
4.	<i>Informed consent:</i> Meminta izin pasien untuk menulis di rekam medis.			
5.	Menanyakan identitas pasien (nama dan umur).			
6.	<i>Confidentiality:</i> menyatakan aspek kerahasiaan dalam hubungan dokter-pasien			
Tahap inti				
6.	Menanyakan data identitas pasien seperti alamat, pekerjaan, pendidikan, agama dan status pernikahan.			
7.	Menanyakan keluhan utama.			
8.	Menanyakan riwayat gangguan sekarang (5W+1H) , perjalanan gangguan (berkurang atau bertambah parah) dan pengaruhnya terhadap kehidupan pasien.			
9.	Menanyakan keluhan-keluhan lain dan hubungannya dengan keluhan utama dalam penentuan diagnosis banding.			
10.	Menanyakan faktor pencetus yang mungkin menyebabkan gangguan sekarang.			
11.	Menanyakan riwayat pengobatan terhadap gangguan sekarang dan respon pengobatan tersebut.			

12.	Menanyakan riwayat gangguan psikiatrik dahulu.			
13.	Menanyakan riwayat penyakit medik/ trauma kepala/ bedah sebelumnya.			
14.	Menanyakan riwayat hidup pasien.			
15.	Menanyakan riwayat psikoseksual dan psikososial.			
16.	Menanyakan riwayat keluarga.			
17.	Menunjukkan sikap empati, tidak menginterogasi, tidak menghakimi, tidak menyalahkan.			
18.	Menunjukkan sikap untuk membuat pasien nyaman dan dapat merefleksikan pikiran serta perasaannya.			
Tahap penutup				
19.	Menyatakan kesimpulan temuan yang didapatkan pemeriksa Dari hasil wawancara dan pemeriksaan psikiatri			
20.	Melakukan umpan balik dan memberi kesempatan pasien bertanya atau menambahkan informasi.			
21.	Memberikan edukasi kepada pasien mengenai masalah dan gangguan yang pasien alami			
22.	Memberikan perencanaan yang akan dilakukan, termasuk tindakan farmakologis maupun non-farmakologis.			
23.	Mengakhiri wawancara (anamnesis) psikiatri, berjabat tangan , mengucapkan terima kasih dan salam penutup.			

SKENARIO CSL WAWANCARA PSIKIATRI

SKENARIO 1 CSL WAWANCARA

I Data Identitas	:	Nn. L, 20 tahun, Islam, belum menikah, kuliah, Alamat Surabaya
II Keluhan Utama	:	Tidak fokus kuliah
III Riwayat gangguan sekarang		
a Onset / Awitan	:	• Tidak fokus kuliah sejak tiga bulan terakhir. • Awalnya karena tekanan banyaknya tugas, <i>deadline</i>, dan diharuskan presentasi. Saat presentasi pasien tiba-tiba gemetar, keringat dingin, kepala pusing, pandangan kabur, dan tidak lagi fokus untuk presentasi. • Pasien juga sering sulit tidur malam, terutama bila besok jadwal presentasi. Pasien menjadi kepikiran dan takut tidak mampu.
B Faktor pencetus	:	Tekanan tugas kuliah
IV Riwayat gangguan dan penyakit terdahulu		
a Gangguan Psikiatrik	:	Tidak ada
b Penyakit medik & bedah	:	Tidak ada
c Penggunaan Zat	:	Tidak ada
V Riwayat Hidup		
a Prenatal dan parinatal	:	Lahir normal
b Masa kanak awal (sampai : usia 3 tahun)	:	Normal
c Masa kanak pertengahan (3-11 tahun)	:	Normal
d Masa kanak akhir (sejak pubertas hingga remaja)	:	Normal
e Masa Dewasa		
i. Riwayat pekerjaan	:	Belum bekerja
ii. Riwayat hubungan dan pernikahan	:	Belum menikah
iii. riwayat pendidikan	:	Kuliah semester 4
iv. Riwayat Militer	:	Tidak ada
v. Riwayat kehidupan beragama	:	Ibadah teratur
vi. Aktivitas social	:	aktif dalam kegiatan kemahasiswaan
vii. Situasi kehidupan sekarang	:	Pasien tinggal di kost dekat kampus
viii. Riwayat hukum	:	Tidak ada
f Riwayat psikoseksual	:	Belum pernah berhubungan seksual
g Riwayat Keluarga	:	Anak pertama dari dua bersaudara. Adik masih SD. Kedua orang tua bekerja.

h	Mimpi dan fantasi	:	Jarang bermimpi karena sering sulit tidur
i	Nilai Nilai (system nilai yang dianut pasien)	:	Pasien tidak tahu alasan sakitnya.

Dari pemeriksaan fisik dalam batas normal
Dari pemeriksaan status mental tampak mood afek: cemas, Proses berpikir: realistik, koheren, ide takut presentasi
Diagnosis: Gangguan Cemas Fobia
DD: gangguan campuran ansietas dan depresi.

SKENARIO 2 CSL WAWANCARA

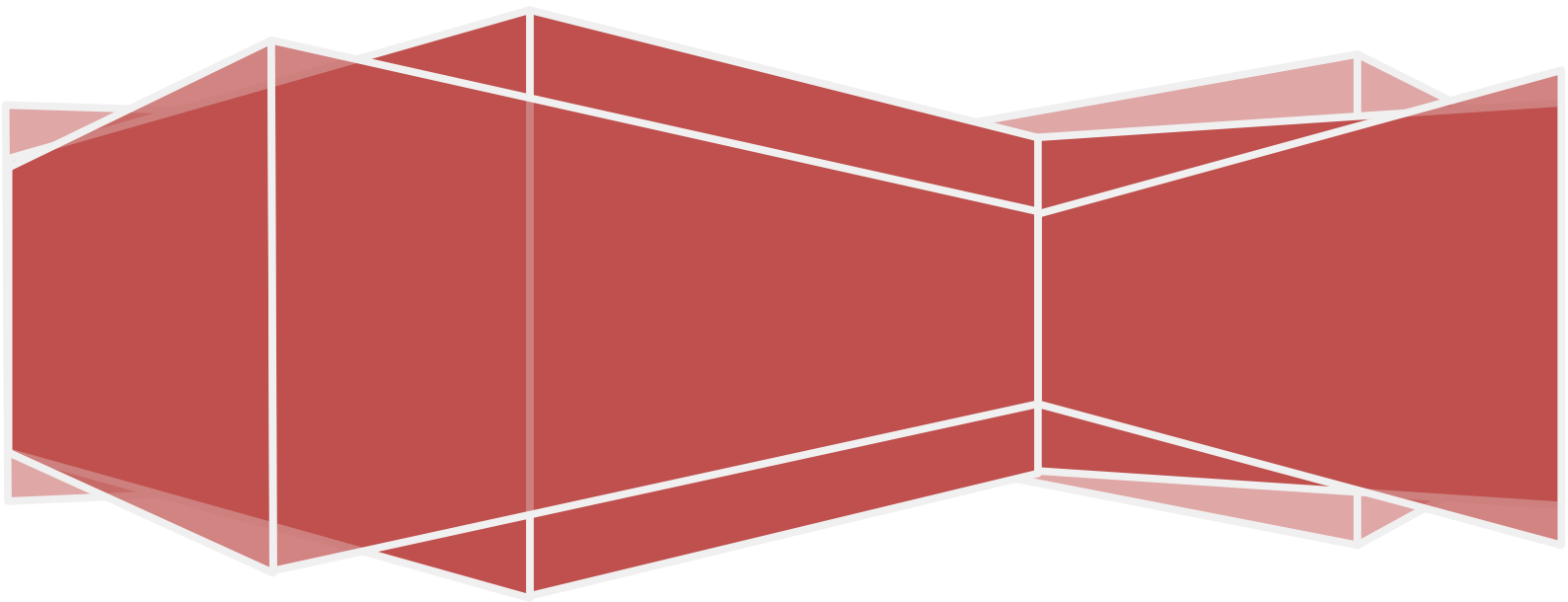
I	Data Identitas	:	Ny. K, 40 tahun, Islam, menikah, Ibu RT, Alamat Madura
II	Keluhan Utama	:	Marah-marah
III	Riwayat gangguan sekarang		
a	Onset / Awitan	:	• Marah-marah sejak 1 tahun terakhir namun namun memberat 1 bulan terakhir, disertai sulit tidur dan mendengar suara-suara tanpa wujud. • Pasien curiga suami selingkuh karena diberitahu suara-suara di telinganya. • Sebulan terakhir juga curiga tetangga membicarakan dirinya.
B	Faktor pencetus	:	Suami dihubungi mantan pacarnya dahulu
IV	Riwayat gangguan dan penyakit terdahulu		
a	Gangguan Psikiatrik	:	5 tahun lalu pernah berperilaku aneh, menjadi lebih diam dan mendengar suara bisikan yang membicarakan dirinya, setelah bertengkar hebat dengan suami. Tidak pernah berobat ataupun kontrol dokter.
b	Penyakit medik & bedah	:	Tidak ada
c	Penggunaan Zat	:	Tidak ada
V	Riwayat Hidup		
a	Prenatal dan parinatal	:	Lahir normal
b	Masa kanak awal (sampai usia 3 tahun)	:	Normal
c	Masa kanak pertengahan (3-11 tahun)	:	Normal
d	Masa kanak akhir (sejak pubertas hingga remaja)	:	Tidak mempunyai banyak teman dan lebih senang menyendiri.

e	Masa Dewasa	
i.	Riwayat pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
ii.	Riwayat hubungan dan pernikahan	: menikah
iii.	riwayat pendidikan	: Tamat SMA
iv.	Riwayat Militer	: Tidak Ada
v.	Riwayat kehidupan beragama	: Ibadah tidak teratur
vi.	AKtivitas social	: Lebih banyak menyendiri di kamar
vii.	Situasi kehidupan sekarang	: Hidup serumah dengan suami dan kedua anak di lingkungan perumahan yang padat penduduk dengan gang yang sempit
viii.	Riwayat pelanggaran hukum	: Tidak ada
f	Riwayat psikoseksual	: Sepupu ada yang depresi dan berobat ke psikiater
g	Riwayat Keluarga	: Anak bungsu dari 5 bersaudara, kedua orangtua sudah meninggal
h	Mimpi dan fantasi	: Jarang bermimpi karena sering sulit tidur
i	Nilai Nilai (system nilai yang dianut pasien)	: Pasien merasa dirinya tidak sakit sehingga tidak membutuhkan pengobatan. Keluarga menganggap pasien <i>kesurupan</i> sehingga hanya perlu <i>dirukiyah</i> .

Dari pemeriksaan fisik dalam batas normal
Dari pemeriksaan status mental tampak kesadaran: kompos mentis berubah, Mood afek: curiga, Proses berpikir: non-realistik, koheren, ide curiga, Persepsi: halusinasi auditorik, Psikomotor: meningkat.
Diagnosis: Skizofrenia paranoid
DD: Skizoafektif type manik; bipolar episode kini manik dengan psikotik; Gangguan Waham paranoid.

KETERAMPILAN PEMERIKSAAN STATUS MENTAL PSIKIATRI

LAB. KETERAMPILAN KLINIS
FK UBAYA



PEMERIKSAAN STATUS MENTAL **(*MENTAL STATE EXAMINATION*)**

A. Pendahuluan

Pemeriksaan Psikiatri terdiri atas wawancara (anamnesis) dan pemeriksaan status mental. Wawancara (anamnesis) psikiatri meliputi :

1. Keluhan utama dan riwayat gangguan sekarang.
2. Riwayat – riwayat sebelumnya.

Sementara itu, pemeriksaan status mental merupakan bagian pengkajian secara klinis yang menggambarkan :

1. Keseluruhan pengamatan yang dilakukan oleh pemeriksa yang didapatkan dari hasil observasi pemeriksa.
2. Kesan yang didapatkan dari pasien saat wawancara dilakukan. Garis besar gambaran status mental meliputi :
 1. Deskripsi umum :
 - a. Penampilan umum.
 - b. Perilaku dan aktivitas psikomotor.
 - c. Sikap kontak terhadap pemeriksa.
 2. Pembicaraan (kontak)
 3. Sensorium dan kognitif :
 - a. Kesadaran.
 - b. Orientasi dan daya ingat.
 - c. Atensi dan konsentrasi.
 - d. Kemampuan membaca dan menulis.
 - e. Kemampuan visuospasial.
 - f. Pikiran abstrak.
 - g. Inteligensi dan kemampuan informasi.
 - h. Bakat dan kreatif.
 - i. Kemampuan menolong diri sendiri.
 4. *Mood* dan afek :
 - a. *Mood*.
 - b. Afek.

- c. Keserasian afek.
- 5. Proses pikiran :
 - a. Bentuk pikiran.
 - b. Arus pikiran
 - c. Isi pikiran.
- 6. Persepsi.
- 7. Kemauan
- 8. Pengendalian impuls.
- 9. Daya nilai dan tilikan (*insight*).
- 10. Taraf dapat dipercaya.

Status mental yang dimunculkan oleh pasien dapat berubah-ubah dari hari ke hari bahkan dari jam ke jam.

B. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah kegiatan ini mahasiswa mampu untuk melakukan pemeriksaan status mental secara berurutan serta mampu mengetahui keadaan normal dan abnormal atau adanya psikopatologi.

C. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah kegiatan ini mahasiswa mampu :

- 1. Melakukan pemeriksaan status mental sesuai garis besar pemeriksaan status mental.
- 2. Melakukan pemeriksaan status mental untuk menilai keadaan normal atau adanya gambaran psikopatologi tertentu pada pasien
- 3. Mengenal dan menentukan berbagai bentuk gangguan perilaku, pikiran dan emosional yang bermanifestasi sebagai gangguan jiwa.

D. Media Pembelajaran

- 1. Format garis besar pemeriksaan status mental.
- 2. Peraga Audio-Visual

E. Metode Pembelajaran

- 1. Demonstrasi sesuai dengan format garis besar pemeriksaan status mental.
- 2. Ceramah.
- 3. Diskusi.
- 4. Partisipasi aktif dalam kegiatan Simulasi *Clinical Skill Laboratory (CSL)* Psikiatri.
- 5. Evaluasi melalui *check list* / daftar tilik dengan sistem skoring.

F. Format Garis Besar Pemeriksaan Status Mental

Garis besar pemeriksaan status mental yang perlu didapatkan sebagai bagian dari pemeriksaan psikiatri adalah :

1. Deskripsi umum :

a. Penampilan Umum.

Merupakan gambaran kesan keseluruhan dari pasien dilihat dari postur, cara berpakaian, cara tatapan mata dan sikap (tegang atau santai). Secara umum dapat pula digambarkan penampilan pasien seperti tampak sehat, tampak sakit, tampak bingung, tampak rapi atau tidak rapi, tampak sesuai dengan usianya, lebih tua dari usianya atau tampak lebih muda dari usianya, tampak kekanak-kanakan, bersifat seperti perempuan, bersifat seperti laki-laki, tampak tenang, tampak aneh, menunjukkan sikap merendahkan orang lain, adanya tanda-tanda kecemasan seperti dahi berkeringat, mata melebar, suara tegang, tangan yang basah, gelisah, gemetar, dan tubuh yang tegang.

b. Perilaku dan aktivitas psikomotor.

Penilaian cara berjalan, cara merespon pemeriksa, agitasi, melawan, janggal / kikuk, tangkas, pincang, kaku, lamban, hiperaktif, adanya mannerisme, tics, gerak- isyarat, kejang, stereotipik, ekopraksia, bersikap seperti lilin (*waxy*)

c. Sikap terhadap pemeriksa.

Kooperatif, bersahabat, penuh perhatian, menarik perhatian, menantang, jujur, sikap bertahan / defensif, bermusuhan, main-main, bercanda, berbelit-belit, mengelak, berhati-hati. Kontak dapat dideskripsikan secara verbal atau non-verbal, relevan atau irrelevant.

2. Pembicaraan (kontak)

Bicara yang berespon normal terhadap isyarat yang disampaikan pemeriksa, berbicara cepat, lambat, ragu-ragu (*hesitant*), membisik (*whispered*), bergumam, monoton, cadel, keras, emosional, memaksa (*pressure*), mencerca (*slurred*), gagap (*stuttering*), ekolalia, komat-kamit (*mumble*), dramatik, bersajak (*prosody*) atau irama bicara yang tidak lazim.

3. Sensorium dan kognitif :

a. Kesadaran.

Kesadaran yang normal atau adanya penurunan tingkat kesadaran mulai dari apatis hingga koma, kesadaran berkabut, fluktuasi tingkat kesadaran, keadaan fugue.

b. Orientasi dan daya ingat.

Orientasi meliputi pengenalan akan waktu, tempat dan orang. Daya ingat dari proses registrasi, retensi dan rekoleksi (*recall*). Daya ingat dapat berupa daya ingat jangka panjang (*remote memory*) yaitu ingatan tentang masa lalu seperti masa kanak-kanak, peristiwa-peristiwa penting yang terjadi ketika masih muda. Dapat pula berupa daya ingat jangka pendek (*recent past memory, recent memory*) yaitu ingatan pada beberapa bulan atau beberapa hari yang lalu, apa yang dilakukan pasien kemarin atau sehari sebelumnya dan dapat pula berupa daya ingat segera (*immediate retention and recall*).

c. Atensi dan konsentrasi.

Penilaian atensi dapat dilakukan dengan meminta pasien mengeja dari belakang serta dapat pula ditanyakan nama benda yang dimulai dari huruf tertentu.

Penilai konsentrasi dapat dilakukan dengan meminta pasien menghitung 100 dikurangi 7 secara serial sebanyak 7 kali dimana cara yang tampaknya sederhana ini membutuhkan kapasitas kognitif dan konsentrasi yang utuh.

d. Kemampuan membaca dan menulis.

Pasien diminta untuk menulis suatu kalimat yang tertulis dan pasien diminta untuk menulis nama atau kalimat sederhana dan lengkap.

e. Kemampuan visuospasial.

Kemampuan visuospasial adalah kemampuan pasien menilai bidang datar, ruang dan posisi dirinya.

f. Pikiran abstrak.

Pikiran abstrak merupakan kemampuan dalam memahami konsep benar salah dalam suatu kejadian.

g. Inteligensi dan kemampuan informasi.

Penilaian inteligensi berhubungan dengan kosa kata, pengetahuan /

informasi umum hingga kemampuan untuk memahami konsep keilmuan yang canggih. Dalam menilai inteligensi perlu dicatat pula tentang latar belakang pendidikan pasien.

h. Bakat dan kreatif.

Dinilai pula bakat atau kemampuan yang dimiliki pasien serta berbagai hasil kerja atau kreatifitas yang ditunjukkannya.

i. Kemampuan menolong diri sendiri.

Dinilai bagaimana kemampuan pasien dalam mengatur dirinya seperti aspek mendasar aktivitas harian (*activities daily living*) dan mengatasi masalah sehari-hari.

4. *Mood* dan afek :

a. *Mood*.

Mood adalah suasana perasaan yang bertahan lama, meresap (*pervasive*) dan mewarnai persepsi seseorang terhadap kehidupannya. *Mood* menunjukkan bagaimanapatient menyatakan perasaannya.

Mood dapat digambarkan dengan *mood* yang depresif, putus asa (*despair*), merendahkan diri sendiri (*self– contemptuous*), perasaan kosong, anhedonia, rasa bersalah, mudah tersinggung (*irritable*), marah, cemas, ketakutan, euforia, terpesona, meluap-luap (*expansived*), hampa. *Mood* dapat labil, berubah-ubah secara cepat dan bahkan ekstrim (*mood swing*).

b. Afek.

Afek menggambarkan respon emosional saat sekarang sebagai ekspresi yang keluar dari pengalaman dalam dunia pasien. Penilaian terhadap afek dapat berupa afek normal, terbatas, tumpul dimana intensitas ekspresi emosi berkurang lebih jauh dan disebut afek yang datar bila tidak ada ekspresi afektif dengan bicara yang monoton serta ekspresi wajah yang datar. Pemeriksa dapat mengamati ekspresi afek yang muncul dari pasien saat pemeriksaan.

c. Keserasian afek.

Keserasian afek dapat dinilai dari keserasian respon pasien terhadap topik yang sedang dibahas dalam wawancara. Misalnya pasien paranoid yang melukiskan waham kejarannya akan menunjukkan kemarahan atau ketakutan terhadap pengalaman yang sedang terjadi pada mereka. Afek yang tidak serasi

dapat terlihat misalnya pada pasien dengan skizofrenia yang menceritakan tentang keyakinannya dicelakai orang lain namun dengan afek yang datar. Ketidakserasian afek menunjukkan taraf gangguan pasien dalam hubungan antara pertimbangan diri dan respons emosionalnya.

5. Pikiran :

a. Bentuk pikiran

Dinilai hubungan sebab akibat dalam membicarakan suatu tema, ada tidaknya penjelasan pasien; logis atau tidak logis, realistic atau non-realistik.

b. Arus Pikiran

Dinilai apakah pasien menjawab pertanyaan dengan sungguh-sungguh dan langsung pada tujuan, koheren atau inkoheren arus pola pikir pasien, asosiasi longgar, asosiasi dengan makna ganda (*punning*), tangensial, sirkumstansial, bersifat mengelak, perseverasi, pikiran terhambat (*blocking*) atau pikiran kacau (*distractibility*)

c. Isi pikiran.

Dinilai dari sisi produktivitas dan konten isi (ide) pembicaraan. Apakah pasien bicara secara spontan atau hanya menjawab bila ditanya, ide yang meluap-luap, ide yang melompatlompat (*flight of ideas*), kekurangan ide, berpikir cepat, berpikir lambat, berpikir ragu-ragu, kutipan dari pasien (*quotation*). Gangguan isi pikiran termasuk delusi (waham), obsesi, preokupasi, fobia, ide rujukan (*ideas of reference*), ide tentang rencana bunuh diri, ide membunuh, gejala-gejala hipokondrik, dorongan atau impuls-impuls antisosial.

6. Persepsi.

Gangguan persepsi melibatkan aspek sensorik seperti auditorik, visual, olfaktorik, gustatorik, dan taktil. Dinilai apakah ada halusinasi, ilusi, depersonalisasi, derealisasi.

7. Kemauan

Penilaian meliputi kemampuan memulai suatu aktivitas dan minat yang bertujuan dan dengan maksud tertentu, motivasi, minat (interest), prakarsa (inisiative), dorongan (drive), ambivalensi, ambisi realistis atau tidak, kegiatan rutin sehari-hari untuk keperluan perawatan diri rutin (activity of daily living), apakah perlu disuruh,

diingatkan, dibantu atau menolak, tidak melakukan, fungsi sekolah/ pekerjaan dan sosial, serta penggunaan waktu luang dan hobi.

8. Pengendalian impuls.

Dinilai kemampuan pasien dalam mengontrol impuls agresif, seksual dan impuls lainnya. Penilaian ini bertujuan untuk menilai apakah pasien berpotensi membahayakan diri sendiri dan orang lain.

9. Daya nilai dan tilikan.

Penilaian dalam hal daya nilai meliputi daya nilai sosial terkait manifestasi perilaku pasien dan konteks budaya dimana ia berada, apakah pasien memahami akibat dari perilaku tertentu yang ditunjukkannya. Daya nilai sosial dapat pula dinilai (Uji Daya Nilai) berdasarkan jawaban pasien bila ia berada pada situasi imajiner misalnya apa yang dilakukannya bila ia menemukan dompet di jalan.

Penilaian Tilikan (*Insight*) adalah penilaian terhadap pemahaman pasien terhadap gangguan yang dialaminya yang kemudian dapat ditentukan derajat tilikannya yaitu :

- a. Tilikan 1 : Penyangkalan sepenuhnya terhadapgangguannya.
- b. Tilikan 2 : Sedikit kesadaran diri akan adanya gangguan tetapi menyangkalinya pada saat yang bersamaan.
- c. Tilikan 3 : Sadar akan adanya gangguan yang dialaminya tetapi menyalahkan orang lain, faktor luar, medis atau faktor organik.
- d. Tilikan 4 : Memahami bahwa dirinya mengalami gangguan namun tidak mengetahui penyebabnya.
- e. Tilikan 5 atau disebut juga Tilikan Intelektual : Pengakuan akan dirinya mengalami sakit / gangguan dan mengetahui gejala dan kegagalan dalam penyesuaian sosial oleh karena perasaan irrasional atau terganggu, tanpa menerapkan pengetahuannya untuk pengalaman dimasa mendatang.
- f. Tilikan 6 atau disebut juga Tilikan Emosional yang sebenarnya / Sejati : kesadaran emosional terhadap motif-motif perasaan pada diri pasien, yang mendasari arti dari gejala; ada kesadaran yang menyebabkan perubahan kepribadian dan tingkah laku dimasa mendatang; keterbukaan terhadap ide dan konsep yang baru mengenai diri sendiri dan orang-orang penting dalam kehidupannya.

10. Taraf dapat dipercaya.

Pemeriksa dapat menilai apakah pasien menceritakan keadaannya secara jujur dan bagaimana pasien menyampaikan peristiwa yang dialaminya secara akurat.

G. Simulasi *Clinical Skill Laboratory (CSL)* Pemeriksaan Status Mental.

KEGIATAN	WAKTU	PENJELASAN
1. Pengantar	5 menit	Pemberian pengantar kepada kegiatan simulasi <i>CSL</i> Pemeriksaan Status Mental
2. Demonstrasi wawancara (anamnesa) dengan mempergunakan video atau dicontohkan oleh dua orang instruktur	30 menit	1. Pengaturan posisi duduk mahasiswa. 2. Instruktur memutar video pemeriksaan status mental. - atau 3. Dua orang instruktur berada di depan kelas untuk memberikan contoh melakukan wawancara (anamnesis) psikiatri lengkap bersamaan dengan penilaian status mental (normal atau adanya psikopatologi), dimana seorang instruktur berperan sebagai dokter, dan instruktur yang lain berperan sebagai pasien. 4. Mahasiswa melakukan pengamatan terhadap video yang diputar atau contoh oleh dua orang instruktur. 5. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya serta penjelasan dari instruktur mengenai aspek-aspek yang penting dari wawancara (anamnesis) psikiatri.
3. Praktek bermain peran dengan umpan balik	60 menit (3 x 20 menit)	1. Pembagian mahasiswa dalam kelompok kecil. 2. Setiap kelompok terdiri dari 3 (tiga) orang yang akan melakukan praktek bermain peran bergantian, dengan 1 orang berperan sebagai dokter, 1 orang berperan sebagai pasien, dan 1 orang berperan sebagai pengamat. 3. Instruktur memberikan skenario kasus. 4. Masing-masing mahasiswa melakukan

		praktek bermain peran sesuai dengan peran yang diterima selama 20 menit. Mahasiswa yang berperan sebagai Dokter akan bertanya sesuai dengan panduan wawancara dan psikopatologi yang ada dari pemeriksaan status mental kasus yang diberikan. 5. Pada saat selesai melakukan simulasi wawancara dan pemeriksaan status mental, mahasiswa yang berperan sebagai Dokter menjelaskan hasil dari status pemeriksaan mental yang didapatkannya. 6. Mahasiswa yang berperan sebagai Pasien akan menjawab pertanyaan sesuai dengan skenario gangguan yang diberikan oleh instruktur. 7. Mahasiswa yang berperan sebagai Pengamat mengamati proses wawancara yang dilakukan oleh mahasiswa lain yang berperan sebagai dokter (pemeriksa) dan pasien (yang diperiksa) dengan menggunakan daftar tilik yang disediakan dan data pemeriksaan status mental dari skenario kasus. 8. Instruktur berkeliling diantara mahasiswa dan melakukan supervisi atas daftar tilik. 9. Mahasiswa saling berganti peran.
4. Diskusi	45 menit (3 x15 menit)	1. Mahasiswa yang berperan sebagai dokter menjelaskan apa yang dirasakannya 2. Hal apa saja yang didapatkan dalam proses penilaian adanya psikopatologi tertentu ? 3. Instruktur menjawab pertanyaan-pertanyaan akan hal yang masih belum dimengerti serta memberikan kesimpulan.
5. Review	10 menit	1. Instruktur memberikan kesimpulan akhir 2. Mahasiswa dapat menanyakan hal-hal lain yang masih belum dipahami
Total Waktu	150 menit	

H. Evaluasi Melalui *Check List* / Daftar Tilik Dengan Sistem Skoring.

CHECK LIST

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PEMERIKSAAN STATUS MENTAL PSIKIATRI
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
 2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisien.
 3. **Mahir:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.
- TS (Tidak Sesuai):** Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai

No.	LANGKAH – LANGKAH	SKOR		
		1	2	3
1.	Melakukan pengamatan tentang deskripsi umum berupa penampilan pasien, perilaku dan aktivitas psikomotor serta sikap pasien terhadap pemeriksa.			
2.	Penilaian pembicaraan kontak			
3.	Penilaian Kesadaran dan Orientasi			
4.	Penilaian <i>Mood</i> , Afek dan keserasiannya			
5.	Penilaian proses berfikir (bentuk, arus, isi)			
6.	Penilaian Persepsi			
7.	Penilaian kemauan			
8.	Penilaian psikomotor; pengendalian impuls			
9.	Penilaian daya nilai tilikan (insight)			
10.	Penilaian taraf dapat dipercaya			

SKENARIO CSL
PEMERIKSAAN STATUS MENTAL
BLOK PSIKIATRI

SKENARIO CSL
PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

→WAWANCARA :

- I. Data Identitas : Tn. S, 49 tahun, Islam, menikah, swasta, alamat Surabaya
- II. Keluhan Utama : sering sesak.
- III. Riwayat Gangguan yang signifikan : pasien sering sesak 1 tahun sebelumnya dan memberat 2 bulan terakhir. Sesak disertai sensasi seperti tercekik dan seperti akan mati. Keluhan juga kadang disertai gemetar dan keringat dingin. Tn. S menjelaskan tentang gejala tersebut yang sebelumnya didahului bayangan pikiran pertengkaran yang muncul saat di tempat kerja 1 tahun lalu.

Riwayat penyakit dahulu : belum pernah berobat psikiatri sebelumnya.

Riwayat keluarga : tidak ada riwayat keluarga dengan gangguan psikiatri

Riwayat lain-lain : menurut pasien masih wajar / normal.

→PEMERIKSAAN STATUS MENTAL :

- 1. Deskripsi umum :
 - a. Penampilan : perawakan sedang
 - b. Perilaku dan aktivitas psikomotor : terlihat cemas.
 - c. Sikap terhadap pemeriksa : kooperatif.
- 2. Sensorium dan kognitif : kesadaran dan orientasi dalam batas normal
- 3. *Mood* dan afek :
 - a. *Mood* : Cemas
 - b. Afek : Cemas
 - c. Keserasian afek : serasi

4. Pembicaraan kontak : relevan, berbicara dengan lancar, kadang cepat saat menceritakan mengenai pikiran kecemasannya.
5. Pikiran :
Mengenai keluhan sesak yang bisa timbul sewaktu-waktu, dimana saja, setiap kali membayangkan kejadian pertengkaran di tempat kerja 1 tahun lalu.
6. Persepsi Normal
7. Kemauan normal
8. Pengendalian impuls Baik
9. Daya nilai dan tilikan : Menyadari kalau ada masalah dalam dirinya sehingga mencari pengobatan.
10. Taraf dapat dipercaya : dapat dipercaya.

Diagnosa Multiaxial :

Axis I : Gangguan Panik.

DD/ Gangguan Cemas Menyeluruh; Gangguan campuran cemas-depresi

Axis II : ciri kepribadian mengarah anankastik

Axis III: tidak ditemukan

Axis IV: masalah pekerjaan

Axis V : GAF 70-61. GAF 1 tahun terakhir 90-81.

WAWANCARA DAN PEMERIKSAAN PSIKIATRI LENGKAP

Simulasi *Clinical Skill Laboratory (CSL)* Wawancara dan Pemeriksaan Psikiatri

KEGIATAN	WAKTU	PENJELASAN
1. Pengantar	5 menit	Pemberian pengantar kepada mahasiswa terkait kegiatan simulasi <i>CSL</i> Psikiatri
2. Demonstrasi ulang terkait wawancara (anamnesa) dan pemeriksaan status psikiatri dengan mempergunakan video atau dicontohkan oleh dua orang instruktur	5 menit	1. Pengaturan posisi duduk mahasiswa. 2. Instruktur mereview kembali teknik wawancara (anamnesis) dan pemeriksaan status psikiatri. ATAU 3. Dua orang instruktur berada di depan kelas untuk memberikan contoh melakukan wawancara (anamnesis) psikiatri lengkap, dimana seorang instruktur berperan sebagai dokter, dan instruktur yang lain berperan sebagai pasien. 4. Mahasiswa melakukan pengamatan terhadap video yang diputar atau contoh oleh dua orang instruktur. 5. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya serta penjelasan dari instruktur mengenai aspek-aspek yang penting dari wawancara (anamnesis) psikiatri.
3. Praktek bermain peran dengan umpan balik	100 menit (5 x 20 menit)	1. Pembagian mahasiswa dalam kelompok kecil. 2. Setiap kelompok terdiri dari 3 (tiga) orang yang akan melakukan praktek bermain peran bergantian, dengan 1 orang berperan sebagai dokter, 1 orang berperan sebagai pasien, dan 1 orang berperan sebagai pengamat. 3. Instruktur memberikan skenario kasus. 4. Masing-masing mahasiswa melakukan praktek bermain peran sesuai dengan peran yang diterima selama 20 menit. 5. Mahasiswa yang berperan sebagai Dokter akan bertanya sesuai dengan panduan wawancara yang diberikan. 6. Mahasiswa yang berperan sebagai Pasien akan menjawab pertanyaan sesuai dengan skenario gangguan yang diberikan oleh instruktur. 7. Mahasiswa yang berperan sebagai Pengamat mengamati proses wawancara yang

		dilakukan oleh mahasiswa lain yang berperan sebagai dokter (pemeriksa) dan pasien (yang diperiksa) dengan menggunakan daftar tilik yang disediakan. 8. Instruktur berkeliling diantara mahasiswa dan melakukan supervisi atas daftar tilik. 9. Mahasiswa saling berganti peran
4. Diskusi	40 menit (4x 10 menit)	1. Mahasiswa yang berperan sebagai pasien menjelaskan apa yang dirasakannya 2. Hal apa saja yang dapat dilakukan oleh dokter agar melakukan wawancara secara empati dan membuat pasien merasa nyaman? 3. Instruktur menjawab pertanyaan-pertanyaan akan hal yang masih belum dimengerti serta memberikan kesimpulan.
Review	10 menit	1. Instruktur memberikan kesimpulan akhir 2. Mahasiswa dapat menanyakan hal-hal lain yang masih belum dipahami
Total Waktu	160 menit	

Evaluasi Melalui *Check List* / Daftar Tilik Dengan Sistem Skoring
CHECK LIST

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST WAWANCARA dan PEMERIKSAAN PSIKIATRI LENGKAP
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.

2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisien.

3. **Mahir:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (Tidak Sesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai

No.	LANGKAH – LANGKAH	SKOR		
		1	2	3
Tahap pengenalan				
1.	Menyapa pasien dengan mengucapkan salam sapa dan tersenyum dengan ramah.			
2.	Memperkenalkan diri dengan atau tanpa menjabat tangan pasien.			
3.	Mempersilakan pasien duduk.			
4.	<i>Informed consent:</i> Meminta izin pasien untuk menulis di rekam medis.			
5.	Menanyakan identitas pasien (nama dan umur).			
6.	<i>Confidentiality:</i> menyatakan aspek kerahasiaan dalam hubungan dokter-pasien			
Tahap inti				
6.	Menanyakan data identitas pasien seperti alamat, pekerjaan, pendidikan, agama dan status pernikahan.			
7.	Menanyakan keluhan utama.			
8.	Menanyakan riwayat gangguan sekarang (5W+1H) , perjalanan gangguan (berkurang atau bertambah parah) dan pengaruhnya terhadap kehidupan pasien.			
9.	Menanyakan keluhan-keluhan lain dan hubungannya dengan keluhan utama dalam penentuan diagnosis banding.			
10.	Menanyakan faktor pencetus yang mungkin menyebabkan gangguan sekarang.			
11.	Menanyakan riwayat pengobatan terhadap gangguan sekarang dan respon pengobatan tersebut.			

12.	Menanyakan riwayat gangguan psikiatrik dahulu.			
13.	Menanyakan riwayat penyakit medik/ trauma kepala/ bedah sebelumnya.			
14.	Menanyakan riwayat hidup pasien.			
15.	Menanyakan riwayat psikoseksual dan psikososial.			
16.	Menanyakan riwayat keluarga.			
17.	Mampu melakukan Pemeriksaan Status Mental (Psikiatri)			
a.	Melakukan pengamatan tentang deskripsi umum berupa penampilan pasien, perilaku dan aktivitas psikomotor serta sikap pasien terhadap pemeriksa.			
b.	Penilaian pembicaraan kontak			
c.	Penilaian Kesadaran dan Orientasi			
d.	Penilaian <i>Mood</i> , Afek dan keserasiannya			
e.	Penilaian proses berfikir (bentuk, arus, isi)			
f.	Penilaian Persepsi			
g.	Penilaian kemauan			
h.	Penilaian psikomotor; pengendalian impuls			
i.	Penilaian daya nilai tilikan (insight)			
j.	Penilaian taraf dapat dipercaya			
18.	Menunjukkan sikap empati, tidak menginterogasi, tidak menghakimi, tidak menyalahkan.			
19.	Menunjukkan sikap untuk membuat pasien nyaman dan dapat merefleksikan pikiran serta perasaannya.			
Tahap penutup				
20.	Menyatakan kesimpulan temuan yang didapatkan pemeriksa Dari hasil wawancara dan pemeriksaan psikiatri			
21.	Melakukan umpan balik dan memberi kesempatan pasien bertanya atau menambahkan informasi.			
22.	Memberikan edukasi kepada pasien mengenai masalah dan gangguan yang pasien alami			
23.	Memberikan perencanaan yang akan dilakukan, termasuk tindakan farmakologis maupun non-farmakologis.			
24.	Mengakhiri wawancara (anamnesis) psikiatri, berjabat tangan , mengucapkan terima kasih dan salam penutup.			

SKENARIO CSL

WAWANCARA DAN PEMERIKSAAN PSIKIATRI LENGKAP

BLOK PSIKIATRI

SKENARIO CSL

WAWANCARA DAN PEMERIKSAAN PSIKIATRI

→WAWANCARA :

- J. Data Identitas : Nn. D, 28 tahun, Kristen, belum menikah, swasta, alamat Surabaya
- IV. Keluhan Utama : sedih.
- V. Riwayat Gangguan yang signifikan : pasien sering merasa sedih sejak 2 tahun sebelumnya dan memberat 6 bulan terakhir. Perasaan sedih disertai sulit konsentrasi, motivasi kerja menurun dan sulit tidur. Kadang muncul ide ingin mengakhiri hidup.
- Nn. D menjelaskan bahwa gejala tersebut disebabkan konflik dalam keluarga yang terus menerus.

Riwayat penyakit dahulu : belum pernah berobat psikiatri sebelumnya.

Riwayat keluarga : tidak ada riwayat keluarga dengan gangguan psikiatri

Riwayat lain-lain : menurut pasien masih wajar / normal.

→PEMERIKSAAN STATUS MENTAL :

1. Deskripsi umum :
 - a. Penampilan : perawakan gemuk
 - b. Perilaku dan aktivitas psikomotor : terlihat sedih.
 - c. Sikap terhadap pemeriksa : kooperatif.
2. Sensorium dan kognitif : kesadaran dan orientasi dalam batas normal
3. *Mood* dan afek :
 - a. *Mood* : depresif/sedih
 - b. Afek : depresif/sedih

- c. Keserasian afek : serasi
4. Pembicaraan kontak : relevan, berbicara dengan cukup lancar, kadang menangis saat menceritakan masalahnya.
 5. Pikiran :
Mengenai masalah keluarga yang dialami 2 tahun terakhir.
 6. Persepsi Normal
 7. Kemauan mulai menurun
 8. Pengendalian impuls Baik
 9. Daya nilai dan tilikan : Menyadari kalau ada masalah dalam dirinya sehingga mencari pengobatan.
 10. Taraf dapat dipercaya : dapat dipercaya.

Diagnosa Multiaxial :

Axis I : Episode Depresi berat tanpa gejala psikotik.

DD/ Episode Depresi berat dengan gejala psikotik; Gangguan Bipolar episode kini Depresi berat tanpa gejala psikotik

Axis II : ciri kepribadian mengarah anankastik

Axis III: obesitas

Axis IV: masalah keluarga

Axis V : GAF 70-61. GAF 1 tahun terakhir 80-71.

Saran tatalaksana:

- farmakologis
- non-farmakologis