



IKATAN DOKTER INDONESIA
WILAYAH JAWA TIMUR

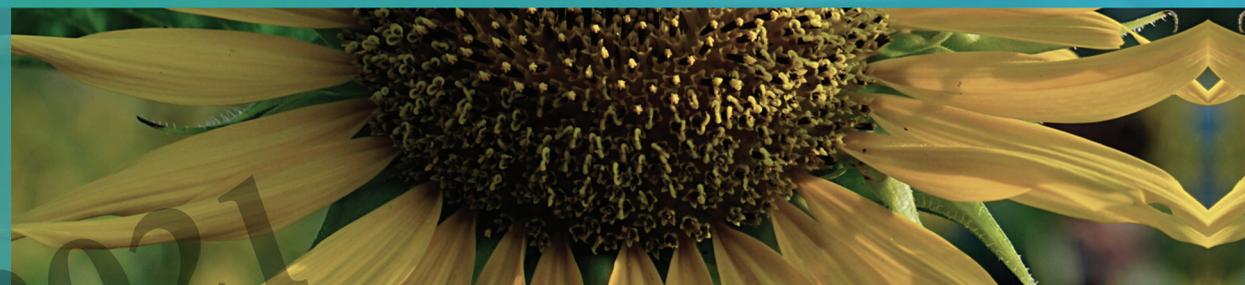
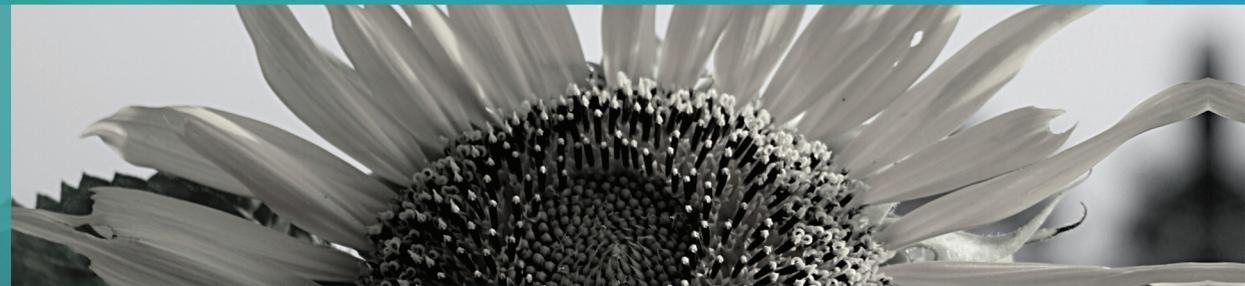


IKATAN DOKTER INDONESIA
WILAYAH JAWA TIMUR



COVID-19 & PROBLEMATIKA KESEHATAN MENTAL

COVID-19 & PROBLEMATIKA KESEHATAN MENTAL



AUP 2021

COVID-19

&

PROBLEMATIKA KESEHATAN MENTAL

EDITOR

SUTRISNO

ROYKE TONY KALALO

ANDRIANTO



Airlangga
University
Press

ISBN 978-602-473-739-9



COVID-19
&
PROBLEMATIKA KESEHATAN MENTAL

AUP 2021

Pasal 113 Undang-undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta:

- (1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/ atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/ atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

COVID-19 & PROBLEMATIKA KESEHATAN MENTAL

EDITOR

Dr. Sutrisno, dr., Sp.OG(K)

Royke Tony Kalalo, dr., Sp.KJ(K), FISCAM

Dr. Andrianto, dr., Sp.JP(K), FIHA, FAsCC



COVID-19 DAN PROBLEMATIKA KESEHATAN MENTAL

Editor: Sutrisno, Royke Tony Kalalo, Andrianto

ISBN 978-602-473-739-9 (PDF)

© 2021 Penerbit **Airlangga University Press**

Anggota IKAPI dan APPTI Jawa Timur
Kampus C Unair, Mulyorejo Surabaya 60115
Telp. (031) 5992246, 5992247 Fax. (031) 5992248
E-mail: adm@aup.unair.ac.id

Redaktur (Zadina Abadi)

Layout (Roy Wahyudi)

AUP (1096/07.21)

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip dan/atau memperbanyak tanpa izin tertulis dari Penerbit sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apa pun.

EDITOR:

DR. Dr. Sutrisno, Sp. OG(K)
DR. Royke Tony Kalalo, Sp. KJ(K), FISCAM
DR. Dr. Andrianto, Sp. JP.K, FIHA, FAsCC

TIM PENYUSUN:

DR. Dr. Sutrisno, Sp. OG(K)
Prof. Dr. Marlina S. Mahajudin, Sp. KJ(K), PGD. Pal. Med(ECU)
Prof. Dr. Hendy Muagiri Margono, Sp. KJ(K)
DR. Dr. B. Handoko Daeng, Sp. KJ(K)
DR. Dr. Margarita M. Maramis, Sp. KJ(K), FISCAM
DR. Dr. Limas Sutanto, Sp. KJ(K), M. Pd.
Dr. Holipah, Ph.D
Dr. Nalini Muhdi, Sp. KJ(K), FISCAM
Dr. Soetjipto, Sp. KJ(K)
Dr. Agustina Konginan, Sp. KJ(K)
Dr. Erikavetri Yulianti, Sp. KJ(K)
Dr. Justina Evy Tyaswati, Sp. KJ
Dr. Frilya Rachma Putri, Sp. KJ(K)
Dr. Harsono Wiradinata, Sp. KJ
Dr. Ivana Sajogo, Sp. KJ(K)
Dr. Winarni Dian Dwiastuti Wisnu Putri, Sp. KJ
Dr. Sadya Wendra, Sp. KJ
DR. Royke Tony Kalalo, Sp. KJ(K), FISCAM
Dr. Andini Dyah Sitawati, Sp. KJ
Dr. Utari Dyah Kusumawardhani, Sp. KJ



Dr. Agnes Martaulina Haloho, Sp.KJ
Dr. Damba Bestari, Sp.KJ
Dr. Zuhrotun Ulya, Sp.KJ
Dr. Ika Nurfarida, M.Sc, Sp.KJ
Dr. Nindita Pinastikasari, Sp.KJ, SH, MH
Dr. Ratri Istiqomah, Sp.KJ
Dr. Dearisa Surya Yudhantara, Sp.KJ
Dr. Inke Kusumastuti, M.Biomed, Sp.KJ
Dr. Arvidareyna Panca Aprilianingtyas, MARS
Dr. Qonita Prasta Agustia
Dr. Steven Christian Susianto

AUP 2021

KATA PENGANTAR

KETUA IDI WILAYAH JAWA TIMUR



Alhamdulillah

Telah hadir satu buku lagi. Untuk apa hidup, bila tidak menulis. Menulis adalah bagian eksistensi kehidupan. Terima kasih yang tak terhingga kepada para penulis, para editor, penerbit dan semua staf yang terlibat dalam usaha penerbitan buku ini. Terima kasih atas usaha kerasnya, semoga buku ini mendatangkan manfaat bagi masyarakat luas dan mendatangkan barokah bagi para penulisnya. *Insyaa Allah*.

IDI mempunyai kewajiban meningkatkan kemampuan ilmu dan keterampilan, etik dan hukum bagi seluruh anggotanya dan memberi pencerahan tentang kesehatan kepada seluruh masyarakat. Dokter berasal dari akar kata "*docere*" yang artinya "**guru**". Dokter adalah guru, yang mendidik masyarakat agar bisa hidup sehat dan berkarya dalam semua lapangan kehidupan. Berbahagialah kepada para dokter.

IDI Wilayah Jawa Timur melihat milieu akademik di Jawa Timur cukup tinggi. Banyak dokter-dokter pintar di Jawa Timur dan ini harus digandeng agar ilmu yang tinggi ini bisa terekspressi lebih banyak lagi dan lebih jelas kepada masyarakat dan dunia akademik. Buku adalah produk intelektual, yang menjadi bukti tak terbantahkan bahwa para pemilik ilmunya telah mendarmabaktikan ilmu, yang dikaruniakan oleh Tuhan Yang Maha Esa, kepada umat manusia, karena kelak semua orang akan ditanya, untuk apa ilmu yang telah kita miliki digunakan.

Selamat membaca kepada seluruh masyarakat Indonesia.

Salam sehat dari IDI Wilayah Jawa Timur.

Surabaya, 2 Februari 2021
Ketua IDI Wilayah Jawa Timur

DR. Dr. Sutrisno, Sp. OG(K)

PRAKATA



“Menulis adalah sebuah keberanian...”

Kata bijak dari Pramudya Ananta Toer. Menulis akan mengungkapkan fakta, menyajikan dan memberi arti kumpulan data, dan lebih dari itu, menulis adalah sebuah keberanian untuk mengekspresikan isi hati. Semua orang mempunyai isi hati, ribuan bahkan jutaan, namun hanya segelintir orang yang mau dan mampu menyampaikan dalam bentuk tulisan agar dibaca dan dipahami orang lain. Karena memang, menulis itu tidak mudah, meskipun banyak dari kita yang berpuluh tahun menjadi pengajar di perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya, untuk membuat sebuah tulisan sungguh memerlukan usaha yang keras. Ya... memang menulis itu tidak mudah.

Para penulis/*author* pada buku ini tentu telah berusaha sangat keras. Saya tahu dari respons harian di grup WA, bahwa menulis dari bab demi bab sungguh memerlukan energi dan semangat. Sebagai editor sungguh sangat paham dan mengaturkan penghormatan yang setinggi-tingginya kepada para *author* yang terus berjuang mewujudkan sebuah tulisan. Semoga usaha keras ini mendapat balasan yang banyak dari Tuhan Yang Maha Esa.

Menulis adalah menggambar sebuah keabadian, umur manusia tidak panjang, namun sebuah buku bisa tersimpan dalam tempo yang sangat lama di rumah penerbit, di rak buku, di toko buku dan tentu saja di memori otak dan *hand phone* mereka yang telah membacanya. Satu sari kebaikan dari sebuah buku, ada harapan untuk menjadi amal jariah. Kita mulai dengan menyebut nama Tuhan, Bismillah, setelah itu pasrah.

Kami berharap, semoga buku yang indah luar dalam, padat ilmu dan isi, solid oleh kebaikan dan tentu saja mulia dari niatan, menjadi khazanah tak terpisahkan dari para pencinta ilmu kedokteran, ilmu kehidupan dan hidup itu sendiri, di tengah kegalauan era pandemi Covid-19.

Teriring salam, sukses selalu, semangat selalu dan sehat selalu. *Aaamiin.*

DR. Dr. Sutrisno, Sp.OG(K)

Dr. Royke Tony Kalalo, Sp.KJ(K), FISC M

DR. Dr. Andrianto, Sp.JP.K, FIHA, FAsCC

DAFTAR ISI



Kata Pengantar Ketua IDI Wilayah Jawa Timur	vii	
Prakata	viii	
Daftar Tabel	xvi	
Daftar Gambar	xviii	
Daftar Singkatan	xx	
Prolog	xxiv	
1	PROBLEMATIKA KESEHATAN JIWA SELAMA PANDEMI COVID-19	1
Latar Belakang	1	
Respons Terhadap Pembatasan Sosial dan “Lockdown”	3	
Stigma dalam Pandemi	3	
Berbagai Gangguan Kesehatan Mental Selama Pandemi Covid-19	4	
Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Gangguan Kesehatan Mental Dalam Pandemi Covid-19	7	
Intervensi Terhadap Tenaga Medis	8	
Kesehatan Mental di Indonesiaserta Upaya-Upayanya	10	
Adaptasi Terhadap Pandemi dan Norma Baru	12	
Daftar Pustaka	12	
2	TINJAUAN EPIDEMIOLOGI KELAINAN MENTAL SELAMA PANDEMI COVID-19	15
Pendahuluan	15	
Prevalensi Gangguan Mental	17	
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Munculnya Gangguan Kesehatan Mental selama Pandemi Covid-19	23	
Rangkuman	24	
Daftar Pustaka	26	

3 PANDEMI COVID-19 DAN KEGAWATDARURATAN PSIKIATRI 30

Pendahuluan	30
Epidemiologi	31
Persiapan Tempat Layanan	33
Standar Perlindungan Dokter di Masa Pandemi Covid-19	34
Evaluasi Pasien	36
Percobaan Bunuh Diri	38
Gaduh Gelisah	40
Sindrom Ekstrapiramidal Akibat Penggunaan Obat	42
Delirium	43
Sindrom Putus Zat	47
Ringkasan	52
Daftar Pustaka	52

4 PANDEMI COVID-19 DAN GANGGUAN MENTAL ORGANIK 54

Pendahuluan	54
Gangguan Mental Organik di Masa Pandemi Covid-19	54
Delirium	62
Psikotik Organik	64
Gangguan <i>Mood</i> Organik	65
Demensia	65
Sindroma Kelelahan Pasca Covid-19	66
Manajemen Klinik Singkat	66
Ringkasan	70
Rekomendasi	71
Daftar Pustaka	71

5	PANDEMI COVID-19 DAN ANSIETAS	73
	Pendahuluan	73
	Covid-19	75
	Ansietas atau Kecemasan	82
	Covid-19 dan Ansietas	86
	Deteksi Dini Ansietas	88
	Alur Diagnostik	92
	Manajemen Klinis Singkat	92
	Ringkasan	103
	Daftar Pustaka	104
6	PANDEMI COVID-19 DAN DEPRESI	108
	Pendahuluan	108
	Beberapa Teori Tentang Etiologi Gangguan Depresi	109
	Prevalensi Depresi Pasca Covid-19	110
	Imunopatopsikobiologi Depresi Pasca Covid-19	111
	Penatalaksanaan	112
	Ringkasan	113
	Daftar Pustaka	113
7	PANDEMI COVID-19 DAN GANGGUAN PSIKOTIK	116
	Pendahuluan	115
	Definisi dan Kriteria Diagnosis Gangguan Psikotik	115
	Patofisiologi Gangguan Psikotik pada Covid-19	124
	Kompleksitas Terkait Manifestasi Klinis Gangguan Psikotik pada Konteks Covid-19	125
	Manajemen Gangguan Psikotik pada Konteks Covid-19	127
	Prognosis Gangguan Psikotik pada Konteks Covid-19	129
	Daftar Pustaka	129

8	PANDEMI COVID-19 DAN GANGGUAN PSIKOSOMATIK	132
	Pendahuluan	132
	Definisi dan Etiologi Gangguan Psikosomatis	134
	Mekanisme Biologis Potensial SARS-COV-2 dan Pengaruhnya Terhadap Gejala Psikiatri	135
	Pengaruh Covid-19 Terhadap Terjadinya Gangguan Psikosomatis	136
	Gambaran Klinis Gangguan Psikosomatis Terkait Covid-19	137
	Tata Laksana Gangguan Psikosomatis Masa Pandemi Covid-19	138
	Ringkasan	141
	Daftar Pustaka	142
9	PANDEMI COVID-19 DAN GANGGUAN MAKAN	143
	Pendahuluan	143
	Gangguan Makan	144
	Kriteria Diagnostik	146
	Pandemi Covid-19 dan Gangguan Makan	147
	Tata Laksana	149
	Ringkasan dan Rekomendasi	151
	Daftar Pustaka	151
10	COVID-19 DAN PTSD (POST TRAUMATIC STRESS DISORDER)	153
	Pendahuluan	153
	Epidemiologi PTSD di Masa Pandemi Covid-19	154
	Kriteria Diagnosis PTSD	155
	Faktor Risiko PTSD di Masa Pandemi Covid-19	158
	Resiliensi dan Mekanisme Koping	164
	Tala Laksana PTSD di Masa Pandemi Covid-19	164
	Daftar Pustaka	166

11	MINI REVIEW: STIGMA COVID-19 DAN KESEHATAN MENTAL	174
	Pendahuluan	174
	Menjaga Kesehatan Mental Selama Pandemi Covid-19	176
	Daftar Pustaka	178
12	PANDEMI COVID-19 DAN KESEHATAN MENTAL ANAK DAN REMAJA	179
	Pendahuluan	179
	Covid-19 pada Anak dan Remaja	180
	Manifestasi Psikologik Covid-19 pada Pasien Anak dan Remaja	181
	Pengaruh Psikososial Pandemi Covid-19 Terhadap Kesehatan Mental Anak dan Remaja	184
	Penatalaksanaan Komprehensif Kesehatan Mental Anak dan Remaja di Masa Pandemi Covid-19	187
	Ringkasan	195
	Daftar Pustaka	197
13	PANDEMI COVID-19 DAN KESEHATAN MENTAL USIA LANJUT (GERIATRI)	200
	Pendahuluan	200
	Berbagai Hal yang Dapat dialami Lansia pada Masa Pandemi Covid-19	202
	Membantu Lansia Melewati Pandemi Covid-19	211
	Inovasi dan Dukungan Pemerintah	212
	Ringkasan	213
	Daftar Pustaka	214

14	GANGGUAN MENTAL PERILAKU AKIBAT ZAT DAN PERILAKU ADIKTIF SEBAGAI DAMPAK PSIKOLOGIS PANDEMI COVID-19	216
	Pendahuluan	216
	Dampak Pandemi Covid-19 Terhadap Penyalahgunaan Zat dan Perilaku Adiktif	218
	Macam Diagnosis Gangguan Mental Perilaku Akibat Zat dan Perilaku Adiktif	221
	Tata Laksana Gangguan Mental Perilaku Akibat Zat dan Perilaku Adiktif	224
	Kendala Tata Laksana di Masa Pandemi Covid-19	229
	Ringkasan	229
	Daftar Pustaka	230
15	DAMPAK PANDEMI COVID-19 PADA IBU HAMIL DAN PASCA MELAHIRKAN (PERINATAL)	233
	Pandemi Covid-19 dan Perinatal	233
	Kehamilan	234
	Pasca Melahirkan	236
	Gejala Depresi Perinatal	236
	Tata Laksana	238
	Daftar Pustaka	239
16	PANDEMI COVID-19 DAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA	241
	KDRT di Masa Covid-19: <i>The Silent Pandemic</i>	241
	Aspek Psikologi dan Psikiatri	243
	Aspek Hukum	247
	Penatalaksanaan	249
	Daftar Pustaka	251

17	PANDEMI COVID-19 DAN KESEHATAN MENTAL TENAGA KESEHATAN	253
	Pendahuluan	253
	Evaluasi Faktor Risiko Nakes(Tenaga Kesehatan)	255
	Ringkasan	269
	Daftar Pustaka	269
18	PSIKOTERAPI BERFOKUS NARATIF INTI UNTUK MEMBANTU INDIVIDU-INDIVIDU TERDAMPAK WABAH COVID-19	273
	Pendahuluan	273
	Kategori-Kategori Populasi Terdampak Covid-19	274
	Kategorisasi Oleh Inchausti <i>et al.</i>	274
	Kategorisasi Oleh Javakhishvili <i>et al.</i>	275
	Psikoterapi Berfokus Naratif Inti	280
	Penutup	282
	Daftar Pustaka	283
19	PENDAMPINGAN DUKACITA DAN KONDISI TERMINAL COVID-19	285
	Pendahuluan	285
	Faktor yang Memengaruhi Rasa Dukacita	286
	Manifestasi Rasa Dukacita	288
	Fase Dukacita (<i>Grief</i>)	289
	Dampak Isolasi Terhadap Proses Dukacita	290
	Pendampingan Pasien Covid-19 (<i>Antisipasi Dukacita</i>)	291
	Daftar Pustaka	293
	Epilog	295
	Tim Penyusun Buku	297

DAFTAR TABEL



TABEL 3.1	Obat-obatan simptomatik untuk sindrom putus zat	49
TABEL 3.2	Perhitungan dosis ekuivalen diazepam	51
TABEL 3.3	Jadwal penurunan dosis diazepam	51
TABEL 5.1	GAD-7 screening tool	88
TABEL 5.2	Brief Mental Health screener	89
TABEL 5.3	Deskripsi singkat tentang berbagai macam gangguan ansietas didefinisikan menurut ICD-10 dan DSM-IV-TR	90
TABEL 5.4	Medikasi yang direkomendasikan untuk penanganan ansietas	94
TABEL 5.5	Medikasi untuk Gangguan Cemas Menyeluruh dan Gangguan Panik	96
TABEL 5.6	Interaksi psikotropika dengan medikasi antivirus untuk Covid-19	99
TABEL 5.7	Intervensi perilaku untuk penanganan Gangguan Cemas Menyeluruh, Gangguan Panik dan gejala yang berkait dengan ansietas	101
TABEL 7.1	Definisi gejala pada gangguan psikotik	116
TABEL 7.2	Kriteria diagnosis Gangguan Psikotik Akut dan Sementara	117
TABEL 7.3	Kriteria diagnosis delirium, gangguan mental organik, mania dengan gejala psikotik, dan episode depresi berat dengan gejala psikotik	119
TABEL 9.1	Gejala yang digunakan untuk mendiagnosis anorexia nervosa dan bulimia nervosa	145



TABEL 12.1	Tanda-tanda peringatan awal masalah kesehatan jiwa pada anak dan remaja yang terinfeksi Covid-19	183
TABEL 15.1	Terapi dari ansietas dan depresi perinatal	238
TABEL 17.1	Reaksi individu terhadap bencana	254
TABEL 17.2	Upaya Manajerial Penanganan Masalah Kesehatan Jiwa pada Tenaga Kesehatan di Era Pandemi Covid-19	262
TABEL 17.3	Kuesioner PHQ-9	264
TABEL 17.4	Kuesioner GAD-7	265
TABEL 17.5	Checklist <i>Self-talk</i> untuk nakes dan pimpinan di tempat kerja	266

AUP 2021

DAFTAR GAMBAR



Gambar 2.1	Distribusi geografis jumlah kumulatif kasus Covid-19 yang dikonfirmasi di Indonesia dilaporkan dari 28 Januari hingga 3 Februari 2021	17
Gambar 5.1	Skema mekanisme Covid-19 masuk dan replikasi virus membungkus viral RNA dalam sel manusia	76
Gambar 5.2	Organ tubuh yang dapat terinfeksi dari gambaran gejala klinis atau biopsi pasien Covid-19	77
Gambar 5.3	Rangkaian proses hingga terjadinya badai sitokin yang akan membebani system pertahanan tubuh manusia dengan cepat dan mendadak	78
Gambar 5.4	Mekanisme Virus SARS-CoV-2 masuk dan gangguan sistem renin-angiotensin (RAS)	79
Gambar 5.5	Kadar dari virus dan antibodi setelah terinfeksi Covid-19 dan kemungkinan terdeteksi dengan tes PCR maupun serologi.	80
Gambar 5.6	Karakteristik, diagnosis dan manajemen dari Covid-19 menurut tahap penyakit atau keparahan penyakit	81
Gambar 5.7	Prevalensi gangguan ansietas dari survey epidemiologi dari berbagai sumber	82
Gambar 5.8	Sistem limbik: tampak lateral dan tampak sagittal	83
Gambar 5.9	Sirkuit dan mekanisme molekuler dari stress dan ansietas	84
Gambar 5.10	Alur skematik transmisi kecemasan	86



Gambar 5.11	Gangguan Inflamasi dengan dasar ketakutan dan kecemasan	87
Gambar 5.12	Bagan penentuan diagnostik gangguan ansietas	92
Gambar 5.13	Algoritme penanganan farmakoterapi dari gangguan cemas menyeluruh dan Alur penanganan gangguan cemas hingga rujukan kepada psikiater	98
Gambar 8.1	Jalur perkembangan menuju manifestasi episode akut gangguan psikosomatis pada pasien yang khawatir terjangkit Covid-19	140
Gambar 12.1	Dampak Covid-19 terhadap anak dan remaja	184
Gambar 13.1	Alur perencanaan intervensi holistik terhadap lansia pada pandemi Covid-19	213
Gambar 18.1	Proses Psikoterapi Berfokus Naratif Inti	282

DAFTAR SINGKATAN



ACC	: <i>Anterior Cingulate Cortex</i>
ACE-2	: <i>Angiotensin Converting Enzyme-2</i>
ACE-I	: <i>ACE Inhibitor</i>
ACTH	: <i>Adrenocorticotrophin-releasing hormone</i>
ANG	: <i>Angiotensin</i>
APA	: <i>American Psychiatric Association</i>
ARDS	: <i>Acute Respiratory Distress Syndrome</i>
ASD	: <i>Acute Stress Disorder</i>
AT1R	: <i>Angiotensin II Receptor Type I</i>
ATP	: <i>Adenosine Triphosphate</i>
ATV	: <i>Atazanavir</i>
AZI	: <i>Azithromycin</i>
BEP	: <i>Brief Electric Psychotherapy</i>
BMI	: <i>Body Mass Index</i>
BNST	: <i>Bed nucleus of the stria terminalis</i>
BPSD	: <i>Behavioral Psychological Symptoms of Dementia</i>
CAS	: <i>Coronavirus Anxiety Scale</i>
CBT	: <i>Cognitive Behavioral Therapy</i>
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CFR	: <i>Case Fatality Rate</i>
CLQ	: <i>Chloroquine</i>
COVID-19	: <i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPT	: <i>Cognitive Processing Therapy</i>
CRF	: <i>Corticotrophin-releasing factor</i>
CRH	: <i>Corticotropin-releasing hormone</i>

CRP	: <i>C- Reactive Protein</i>
DBH	: <i>Dopamine beta-hydroxylase</i>
DSM	: <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECA	: <i>Epidemiologic Catchment Area Program</i>
EMDR	: <i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
EPDS	: <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
ESEMeD	: <i>European Study of the Epidemiology of Mental Disorders</i>
ESTSS	: <i>European Society for Traumatic Stress Studies</i>
GABA	: <i>Gamma aminobutyric acid</i>
GAD	: <i>Generalized Anxiety Disorder</i>
Gal	: <i>Galanin</i>
GMO	: <i>Gangguan Mental Organik</i>
HIMPSI	: <i>Himpunan Psikologi Indonesia</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPA	: <i>Hypothalamic- pituitary- adrenal</i>
IBV	: <i>Infectious Bronchitis Virus</i>
ICD	: <i>International Statistical Classification of Disease</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IDI	: <i>Ikatan Dokter Indonesia</i>
IGD	: <i>Instalasi gawat darurat</i>
IL-	: <i>Interleukin</i>
IM	: <i>Intra muscular</i>
KDRT	: <i>Kekerasan Dalam Rumah Tangga</i>
KPPA	: <i>Kementerian Komunikasi dan Informatika, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak</i>
KSP	: <i>Kantor Staf Presiden</i>
LSM	: <i>Lembaga Survey Masyarakat</i>
MAO	: <i>Monoamine Oxidase</i>
MDD	: <i>Major Depressive Disorder</i>
MENKES	: <i>Menteri Kesehatan</i>
MERSCoV	: <i>Middle-East Respiratory Syndrome Coronavirus</i>
MET	: <i>Motivational Enhancement Therapy</i>

MHV	: <i>Murine Hepatitis Virus</i>
MISC	: <i>Multisystem inflammatory syndrome in children</i>
mPFC	: <i>Medial prefrontal Cortex</i>
Nac	: <i>Nucleus accumbens</i>
Nakes	: Tenaga Kesehatan
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif
NASSA	: <i>Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant</i>
NCD	: <i>Neurocognitive disorder</i>
NCS-R	: National Comorbidity Survey Replication
NET	: <i>Narrative Exposure Therapy</i>
NSP	: <i>Non-structural proteins</i>
OBSWAN	: Observasi dan Wawancara
OC	: <i>Obsessive compulsive</i>
OFC	: <i>Orbital Frontal Cortex</i>
ODP	: Orang dalam pemantauan
OSFED	: <i>Other Specified Feeding or Eating Disorder</i>
PAG	: <i>Periaqueductal Gray</i>
PBB	: Perserikatan Bangsa-Bangsa
PCL-C	: <i>PTSD Checklist-Civilian Version</i>
PCR	: <i>Polymerase Chain Reaction</i>
PDAM	: Perusahaan Daerah Air Minum
PDP	: Pasien dalam pengawasan
PDSKJI	: Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia
PE	: <i>Prolonged Exposure Therapy</i>
PGD	: <i>Prolonged Grief Disorder</i>
PHK	: Pemutusan Hubungan Kerja
PHQ	: <i>Patient Health Questionnaire</i>
POLRI	: Kepolisian negara Republik Indonesia
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
PRT	: Pembantu Rumah Tangga
PSBB	: Pembatasan Sosial Berskala Besar

PT	: Perseroan Terbatas
PTSD	: <i>Post-traumatic Stress Disorder</i>
RAAS	: <i>Renin angiotensin aldosterone system</i>
RBD	: <i>Receptor Binding Domain</i>
RI	: Republik Indonesia
RIMA	: <i>Reversible Inhibitor of Monoamine Oxidase A</i>
RNA	: <i>Ribonucleic acid</i>
RT PCR	: <i>Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction</i>
SARS CoV-2	: <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2</i>
SAS	: <i>Self-rating Anxiety Scales</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SDS	: <i>Self-rating Depression Scales</i>
SNRI	: <i>Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors</i>
SNS	: <i>Sympathetic Nervous System</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SSRI	: <i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitor</i>
STS	: <i>Secondary Traumatic Stress</i>
TCA	: <i>Tricyclic Antidepressants</i>
TD	: <i>Tardive dyskinesia</i>
TH	: <i>Tyrosine Hydroxylase</i>
TIA	: <i>Transient ischemic attacks</i>
TNF	: <i>Tumor necrotic factor</i>
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
TV	: Televisi
UGD	: Unit Gawat Darurat
UKM	: Usaha Kecil dan Menengah
USA	: United States of America
UU	: Undang-undang
VTA	: <i>Ventral Tegmental Area</i>
WHO	: World Health Organization
WN	: Warga Negara
WNI	: Warga Negara Indonesia

PROLOG



- Sutrisno -

"The first beginnings of things cannot be distinguished by the eye"

- Lucretius -

Covid-19 adalah kontroversi. Percaya dan tidak percaya. Realitas atau konspirasi. *Seeing is believing*, saya telah melihatnya dan saya percaya. Namun dalam kehidupan masyarakat tidak selamanya berlaku kata bijak ini, meskipun telah melihat orang sakit, melihat saudara dan tetangganya meninggal dunia, tak mampu juga menggoyah ketidakpercayaan akan adanya Covid-19. Seribu alibi, sejuta alasan adalah tabir buatan yang sering menjadi tameng akan ketidaktahuan akut dan semisistemik yang mendasarkan fakta kabur dan data fabrikasi. Mereka ini tidak sehat secara kejiwaan namun eksis di tengah masyarakat dalam jumlah yang tidak sedikit, dan berujung pada perseteruan bila diingatkan. Secara kolektif memang kita tidak sehat secara mental, di tengah-tengah pandemi yang dahsyat dan entah kapan berakhir.

Sejatinya melihat itu sama dengan membaca, sehingga melihat dan membaca adalah bagian orkestra kehidupan yang mampu menyanyikan sebuah kidung yang indah dan membuai umat manusia. Namun tak semua orang yang membaca dan melihat bisa mengatasi keraguan, sehingga mereka tidak menemukan jalan pencerahan, *seeing but not believing*, sehingga perlu pencerahan dan sosialisasi. Hidup memang lucu, memahami diri sendiri saja tidak mampu apalagi memahami yang di luar. Covid-19 adalah realitas, namun menyimpan berjuta teka-teki kehidupan. Ada bencana, ada kutukan, ada kesengajaan, ada heroisme, ada persekongkolan, ada peluang, ada kesempatan, ada kemajuan dan tentu saja ada ironi yang dalam. Ketakutan adalah kristal yang tertinggal dan sari terbawah, namun tidak bisa dibuang dengan mudah, dan tentu menjadi entitas maya yang keberadaannya ada namun ujudnya tidak bisa dikalkulasikan.

**“There is nothing to fear in life, you just have to understand it.
Now is the time to understand more, so we can fear less”**

- Marie Curie -

Pandemi Covid-19 adalah teka-teki kehidupan. “cogito ergo sum” “Saya berpikir dan saya ada”, kata Descartes, ribuan tahun silam. Kita semua menderita karena pandemi Covid-19, eksistensi manusia mengalami ancaman nyata. Mungkin banyak pertanyaan terkait efek jangka pendek serangan covid-19, karena virus ini cerdas, mampu menyerang semua organ tubuh manusia dengan dampak yang tak terkira. Di Indonesia sekitar 3,5% penderita akan meninggal, dan di Jawa Timur CFR masif sekitar 7,2 %, 1 juta lebih telah dinyatakan positif dan 170.000 lebih dinyatakan kasus aktif (per 1 Februari 2021). Bencana ini universal sehingga tidak ada yang diuntungkan. Manusia dalam ketakutan, dan jangka panjang banyak pertanyaan terkait efek serangan Covid-19 yang belum mampu diungkapkan. Jangka panjang menyimpan misteri, mungkin anak cucu yang menemukan jawaban atau menjadi pelaku hidup sebuah kisah genetik yang sukar dijelaskan saat ini.

Ilmu pengetahuan dan teknologi telah banyak membantu, sekitar 1 bulan sejak dilaporkan adanya pneumonia viral aneh di Wuhan November 2019, WHO telah mampu menjawab bahwa itu adalah virus jenis corona dan tipe baru sehingga dinamai SarsCov-2, yang memang beda dengan SARS dan MERS, famili dekatnya. Antivirus belum ditemukan yang spesifik namun kurang dari 1 tahun vaksin teka-teki ditemukan. Ratusan calon vaksin telah diteliti, dengan berbagai *platform*, dan 6 buah telah diujicobakan dengan hasil yang menggembirakan sehingga akhir Januari 2021, vaksinasi masal di Indonesia, dimulai dari para pejabat berlanjut ke petugas kesehatan, telah dilakukan dan diperluas ke pada pegawai negeri, TNI dan Polri, dan tentunya kepada masyarakat luas. *Herd immunity* buatan, adalah benteng alami agar morbiditas dan mortalitas Covid-19 tidak terus mengganas. Tentunya, manusia tidak perlu takut lagi.

Jaman dulu orang-orang cerdas yang berpikir “aneh” akan berakhir dengan kematian. **Socrates** dihukum mati karena pendapat dan pemikirannya tidak selaras dengan sang penguasa. **Spinosa** dikucilkan hingga terlunta-lunta dan mati karena kecerdasannya. **Jean Paul Sartre** juga dianggap berbahaya, sehingga semua pintu rumah harus tertutup untuknya. Jaman sekarang tentu tidak lagi, di era Revolusi Industri 4.0, *internet of things*, membuat dunia tidak berjarak, tidak terbatas, sedikit rahasia, dan tentu ingin kebebasan berhembus leluasa. Penentang Covid-19 bebas bersuara dan memasang gambar apa saja ekspresi ketidakpercayaannya,

para ilmuwan dan masyarakat yang percaya belum mampu menjinakkan liarnya pemikiran ini, dan masyarakat luas berada dalam tali keraguan; waktu jua yang akan membebaskannya. Covid-19 adalah virus yang menyebar lewat saluran pernapasan, *droplet*, dan *airborne (microdroplet)* yang tentu saja sebenarnya masker itu tameng yang efektif, sayangnya banyak yang tidak percaya, yang percaya tak mengenakannya jua. Hasil akhirnya bisa dirasakan saat sekarang.

Virus adalah "*epidemos*", kata orang bijak. Semacam setan "*demos*" yang meminta jiwa dan beredar melingkar di setiap raga. Dengan ukuran sekitar 20 sampai dengan 40 nm, virus tidak terbendung untuk pergi kemana saja. Namun, patut disyukuri bahwa virus tidak bisa berjalan sendiri, memerlukan media. Droplet adalah media, sehingga droplet inilah yang harus dicegah peredarannya karena "dinunuti" virus. *Spanish flu* adalah virus wabah yang memakan korban sekitar 200 juta di era 1918–1920. Populasi Eropa tinggal separuh, populasi Jawa Timur juga tinggal separuh, dan begitu masyarakat "terpaksa dan dipaksa" menggunakan masker dari bahan apa pun, pelan dan pasti *Spanish flu* lenyap. Manusia memang pembelajar yang unik. Untuk belajar verbal saja, *homo sapiens* memerlukan waktu 70.000 tahun, maka untuk belajar bermasker memerlukan korban 200 juta lebih, dan kini pandemi Covid-19 yang menelan korban 100 juta positif, harus merelakan 2 juta orang telah kembali ke hadirat ilahi, dengan label penyebab kematiannya adalah "Covid-19". Maka manusia modern ini kembali "dipaksa" menggunakan masker lagi, meskipun sebagian tetap melawan secara irasional.

Apakah sudah waktunya bumi ditinggalkan? "*I would like to die on Mars. just not on impact*", kata **Elon Musk**, pemilik Tesla. Meskipun konteksnya berbeda dengan Covid-19, namun rasanya pemikiran si genius Tesla ini perlu di renungkan, mungkin bumi sudah tidak layak lagi ditinggali, tidak memenuhi syarat untuk menaruh harapan ke depan, sehingga mengapa perlu membuat koloni di Mars. Di masa pandemi Covid-19 ini, semua porak poranda. Pabrik tutup, pengangguran meraja lela, mall banyak tikus berkeliaran, ruko-ruko dijual dan di sewakan, sekolah tutup, resto- resto berhenti beroperasi, gedung mentereng menjadi berdebu dan kusam, hotel-hotel jadi redup, dan berjuta kemunduran lainnya. Yang jelas memang saat ini masa-masa yang suram. Lebih dari itu, jiwa-jiwa manusia sudah tidak cerah lagi. Dan sebaiknya kita semua, umat manusia merenung, ada yang salah dengan cara manusia modern memperlakukan sesamanya, memperlakukan bumi dan alamnya dan lebih penting perilakunya, karena makanan dan daging baik masih banyak, mengapa mesti makan kelelawar, kalong, ular, trenggiling,

tikus, dan binatang buas lainnya. Bukankah WHO secara tegas mengatakan, "*perilaku manusia dalam mengonsumsi binatang liar, mendekatkan pandemi virus untuk menyerang lagi*". Tim peneliti WHO membuat daftar virus yang potensi menjadi pandemi lagi pasca Covid-19 ini, ada 10 jumlahnya. Sementara di air liur binatang liar masih tersimpan berpuluh bahkan beratus jenis virus Corona, yang sewaktu-waktu siap dipanggil untuk pindah ke manusia menjadi pandemi yang membawa kejutan dan tragedi, kepada mereka yang hobi menyantap daging unik, daging eksotik, yaitu daging binatang liar.

Kematian di masa pandemi Covid-19 ini mengalami peningkatan yang tajam. Pada mulanya adalah sebuah ketakutan, namun lama-lama menjadi hal biasa. Limit takut menjadi menyempit. Sebagian menjadi acuh dan tak peduli, sebagian menjadi lebih kuat iman, bahwa kematian di masa pandemi adalah hadiah. Allah SWT., Tuhan Yang Esa, memberikan gelar syuhada bagi mereka yang meninggal karena bencana. Belajar spiritual makin intens, menggeluti filsafat adalah kegemaran baru dan tentu pencerahan ini membuat mereka lebih siap untuk "mati", meskipun ini sangat individual sifatnya. Semoga kita masuk golongan yang lebih tertarik mendekatkan diri ke dekat Tuhan Penguasa Semesta.

Akhir kisah Ramayana adalah sebuah kesakitan. Ribuan wanara telah gugur di medan laga, ribuan raksasa telah tewas di medan perang, namun ketidakpercayaan dan kecurigaan membuat Rama Wijaya membakar istrinya, Dewi Sinta, demi mengikuti api ketidakpercayaan dan kecemburuan. Sebuah sakit hati, setelah ribuan jiwa tewas dan gugur demi sebuah keyakinan yang sumir. Demikian juga kisah Mahabarata. Palagan Kurusetra adalah tempat di mana ratusan ribu jiwa manusia menumpahkan darahnya. Balas dendam dan hutang jiwa menemui balasnya, dan akhirnya Pandawa keluar sebagai pemenang, menurut definisi logika numerik. Namun kemenangan tak lama berbalut kegembiraan karena penyesalan, kesepian, kesendirian, kesepian dan rasa salah membuat 5 kru pandawa menuai konflik jiwa tiada tara, rasa sesal tiada tepi dan akhirnya mereka pamit untuk pergi menemui mati. Sering kita tertipu oleh gebyarnya penampilan, dan lupa gebyar itu adalah manifestasi kepalsuan. Pandemi Covid-19 ini mempunyai akses ke segala arah. Penyakit 1.000 wajah ini masih membawa teka teki bagi dokter dan menyajikan kontroversi bagi masyarakat yang tiada henti. Kita masih bingung oleh gebyarnya Covid-19 sehingga insan kesehatan harus bersiap di medan laga, untuk 10 tahun ke depan. "*Ready in sprint, prepare for marathon*" untuk bertahan dalam pengabdian dan pelayanan satu dekade ke depan.

Bila dibuat skala, maka 60 persen masalah saat ini adalah masalah kejiwaan dengan segala variannya, dan 40 persen adalah masalah klinis/fisik. Layanan kesehatan jiwa merupakan layanan utama yang sebaiknya diberikan mulai di layanan primer, sehingga mampu memecah bola salju gangguan kejiwaan yang terus membesar. Juga diberikan di layanan sekunder dan tersier sehingga bola salju bisa dipecah dan diberikan solusi. Gangguan kejiwaan selama pandemi Covid-19 ini menimbulkan ekses yang luas. Pemahaman berbagai jenis gangguan kejiwaan hendaknya menjadi fokus penting para dokter dengan tujuan kelak akan memulihkan kondisi masyarakat yang terfragmentasi seperti saat ini.

Kembalilah ke barak. Sehat adalah sehat fisik, mental dan sosial. Hubungan yang baik antar manusia di masing-masing posisi akan membantu mengeliminasi berbagai beban kejiwaan. *"People seldom see the halting and painful steps by which the most significant success is achieved"*, kata **Anne Sullivan**. Dengan pembangunan kesehatan jiwa yang tepat sasaran, maka dampak jangka panjang dari pandemi ini akan bisa dikendalikan dan mencegah masyarakat terus-menerus memamerkan fragmentasi dan pada akhirnya mengabadikan perpecahan. Dampak pandemi ini membuat depresi, stres, tidak tenang, hilang harapan, kekerasan, saling menyerang, mudah marah, mudah tersinggung, menyendiri, dan bunuh diri. Semua ini harus dihentikan dengan membuat program pembangunan kejiwaan yang komprehensif.

"It's fine to celebrate success but it is more important to heed the lessons of failure", kata **Bill Gates** di suatu pagi. Vaksin Covid-19 di ambang kesuksesan. Bila sukses *herd immunity* akan terbentuk dan berarti populasi manusia bisa menang lagi. Antivirus terus dilakukan uji coba demi mendapatkan model terapi yang tepat untuk menyembuhkan yang sakit dan mencegah agar tidak berlanjut menjadi meninggalkan dunia. Pengobatan bagi yang tidak normal kejiwaannya harus makin efektif dan komprehensif dan berkelanjutan, di samping pengobatan fisik di ICU dan terapi kejiwaan. Mereka pada umumnya tidak paham bahwa mereka sakit dan perlu bantuan.

"Pada akhirnya yang tersisa adalah sebuah kepasrahan". Pasrah adalah obat, pasrah adalah solusi, pasrah adalah filsafat, pasrah adalah makrifat. Pasrah bukan pojok bagi para dokter untuk menyerah, namun pasrah adalah bagian dari amunisi sekaligus kesadaran bahwa kita dan ilmu kita sungguh bukan apa-apa. Ada kekuatan pemilik semesta yang maha dahsyat, sehingga kita tidak mungkin menandinginya. Pasrah adalah pasangan serasi dan harmoni dari gerak ilmu dan energi semangat karena memang dokter sesungguhnya juga wayang, ada dalang yang mengaturnya di luar kotak kehidupan.



Tuhanku, Dalam termangu,
Aku masih menyebut nama-Mu, Biar susah sungguh
Mengingat Kau penuh seluruh, Cahaya-Mu panas suci,
Tinggal kerlip lilin di kelam sunyi
Tuhanku, Aku hilang bentuk, Remuk,
Tuhanku aku mengembara di negara asing
Tuhanku, Di pintu-Mu aku mengetuk,
Aku tidak bisa berpaling

(Doa, Chairil Anwar, 1943)

AUP 2021

Malang, 1 Februari 2021

DR. Dr. Sutrisno, Sp. OG(K)
Ketua IDI Wilayah Jawa Timur

AUP 2021

PROBLEMATIKA KESEHATAN JIWA SELAMA PANDEMI COVID-19

1

Sutrisno, Qonita Prasta Agustia

LATAR BELAKANG

Pandemi Covid-19 merupakan suatu peristiwa yang luar biasa, di mana pandemi ini menyerang hampir seluruh populasi dunia. Bidang kesehatan pada mulanya adalah bidang utama karena penyebabnya adalah virus corona yang menular melalui *droplet* dan *microdroplet (aerosol)*, namun dampak pandemi ini juga berkembang makin luas mengenai bidang pendidikan, ekonomi, pemerintahan, politik, sosial, hubungan antar manusia, bisnis dan bidang-bidang lainnya. Adanya perubahan pola dalam bekerja serta berinteraksi, tak pelak menimbulkan suatu problematika. Meningkatnya jumlah pengangguran akibat banyaknya pekerja yang terkena PHK (pemutusan hubungan kerja), terhentinya distribusi komoditi, terhentinya proses tatap muka baik antar saudara, kolega, maupun rekan kerja, hingga peningkatan jumlah kasus Covid-19 tiap harinya terus bertambah dan makin menakutkan tentunya menimbulkan dampak psikologis yang cukup kompleks.

Fokus penanganan pandemi Covid-19 di seluruh dunia yang bertumpu pada pengobatan, mencegah kesakitan dan kematian serta bidang ekonomi semata akan mengalihkan perhatian masyarakat dari faktor psikososial yang akan ditanggung individu sebagai konsekuensi terjadinya pandemi. Masalah kesehatan mental yang muncul akibat pandemi Covid-19 dapat berkembang menjadi masalah kesehatan yang dapat berlangsung lama dan berpotensi menimbulkan beban sosial yang

berat. Status darurat kesehatan masyarakat yang ditetapkan oleh otoritas kesehatan dunia dan dilanjutkan dengan pemberlakuan pembatasan sosial dan isolasi mandiri atau karantina serta membatasi mobilitas masyarakat, berpotensi menimbulkan dampak jangka panjang pada kesehatan mental masyarakat.

Rasa takut yang melingkupi hampir seluruh masyarakat akan kesehatan personal tidak hanya dirasakan pada masyarakat awam saja. Stres dan trauma pada tenaga kesehatan juga menjadi isu penting di Indonesia. Pengalaman global tentang kasus kesehatan mental di Korea, Singapura, Taiwan dan beberapa negara lainnya membuat pelayanan kesehatan menjadi terganggu. Tenaga medis yang bekerja tiada hentinya dalam merawat pasien-pasien Covid-19 tentunya dapat merasakan tekanan yang cukup tinggi, di mana tingkat morbiditas serta mortalitas terutama bagi pasien Covid-19 dengan *comorbid* apalagi apabila pasien tersebut merupakan pasien gawat darurat di mana tekanan psikologis yang tinggi ini dapat menyebabkan timbulnya "*post traumatic disorder*", gangguan kecemasan hingga perasaan duka mendalam apabila kehilangan seseorang dan perasaan bersalah apabila tidak dapat menangani secara optimal. Kesehatan mental pada pasien-pasien yang menderita Covid-19 juga merupakan hal esensial yang menjadi salah satu topik yang harus diselesaikan.

Pengucilan serta stigma negatif masyarakat kepada penderita tersebut tidak pelak menimbulkan rasa cemas hingga depresi yang berlebihan dan tentunya hal ini memengaruhi prognosis dari pasien tersebut. Kesehatan mental yang terganggu memiliki dampak yang sangat signifikan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Jika pola ini terjadi secara terus menerus hampir di seluruh lapisan masyarakat tentunya mengakibatkan kolapsnya sistem kesehatan di masa mendatang. Hal ini telah dibuktikan pada penelitian Hossain tahun 2020 yang menyebutkan bahwa dampak yang memengaruhi kesehatan mental tidak hanya terjadi pada masyarakat saja namun pasien yang terindikasi mengidap Covid-19 serta tenaga medis dan paramedis. Demi mencegah hal tersebut, diperlukan adanya strategi yang efektif serta efisien dalam mengatasi pandemi ini. Keterlibatan pemerintah, tenaga medis maupun masyarakat umum demi mengatasi masalah pandemi yang cukup pelik ini sangat dibutuhkan.

Dalam bab ini, akan dibahas beberapa hal terkait kesehatan jiwa di masa pandemi serta beberapa implikasi yang dapat menjadi bahan pertimbangan baik dari segi penelitian hingga pembuatan kebijakan yang diharapkan dapat diterapkan dalam perjalanannya.

RESPONS TERHADAP PEMBATASAN SOSIAL DAN “LOCKDOWN”

Beberapa langkah kebijakan yang diambil oleh pemerintah dalam meredam pandemi Covid-19 ini ialah pembatasan sosial serta *lockdown* yang dilakukan di beberapa kota di Indonesia dan dunia. Adanya perubahan-perubahan kebiasaan seperti ini tentunya memicu respons yang berbeda pada masing-masing individu. Dua kebijakan besar ini sangat berpengaruh bagi masyarakat dalam menjalani aktivitas sehari-hari terutama bagi mereka yang bekerja di luar kota sehingga waktu untuk bertemu dengan keluarga berkurang. Selain itu, adanya pandemi ini juga berdampak pada sektor perekonomian, di mana banyaknya perusahaan-perusahaan yang kolaps sehingga menimbulkan proses PHK bagi beberapa karyawan juga menimbulkan problema tersendiri bagi masyarakat.

Beberapa masyarakat memberikan respons yang berbeda dalam menghadapi peristiwa ini, seperti timbulnya rasa cemas, panik, takut, was-was terhadap tertularnya virus Covid-19 tersebut hingga stress dalam menghadapi kehidupan sehari-hari. Sementara dalam kehidupan keluarga juga mengalami guncangan karena turunnya pendapatan bahkan terkena pemutusan hubungan kerja, sementara beban dan tanggungan ekonomi masih terus berlangsung.

STIGMA DALAM PANDEMI

Stigma menjadi salah satu hal yang tidak pernah disangka namun muncul akibat pandemi Covid-19 ini. Masih banyaknya berita-berita yang tidak tepat namun berkembang di sekitar masyarakat dapat memberikan perbedaan pendapat antar individu yang dapat menimbulkan pandangan negatif terhadap penderita, keluarga penderita serta tenaga medis. Seseorang yang dinyatakan sakit Covid-19 akan merasa dan dibuat terkucil seakan akan menderita sakit kutukan. Bila meninggal tidak bisa dikuburkan di tempat pekuburan seperti biasanya. Penolakan jenazah terjadi di banyak tempat sehingga menimbulkan fragmentasi yang luas di kalangan kehidupan bermasyarakat. Tenaga kesehatan akan mengalami kejadian yang lebih berat. beberapa laporan ada dokter, bidan, perawat yang tidak boleh pulang ke rumahnya karena dicurigai bisa membawa dan menyebarkan penyakit yang didapat dari tempat kerjanya.

BERBAGAI GANGGUAN KESEHATAN MENTAL SELAMA PANDEMI COVID-19

Masyarakat Umum (Nonmedis) dalam Menghadapi Pandemi Covid-19

Gangguan pada kesehatan mental dilaporkan luas terjadi pada masyarakat umum selama pandemi Covid-19 ini. Pada penelitian yang dilakukan oleh Lei tahun 2020 dengan mengukur skala *ansietas* (*self-rating anxiety scales/SAS*) dan skala depresi (*self-rating depression scales/SDS*) menyebutkan bahwa dari 1593 responden yang berusia 18 tahun ke atas mengalami kecemasan sebanyak 8,3% sedangkan yang mengalami depresi sebanyak 14,6% . Begitu pula penelitian yang dilakukan oleh Liang dalam hal serupa menyebutkan tingginya angka depresi serta gangguan kecemasan yang terjadi di Cina Selatan (Lei, 2020; Liang, 2020).

Tingginya angka kejadian gangguan pada kesehatan mental tidak hanya terjadi di Cina saja, pandemi ini telah menyebabkan masyarakat dari berbagai penjuru dunia mengalami permasalahan yang sama. Seperti halnya di Turki dan India di mana angka kejadian pasien yang mengalami insomnia, paranoia, serta *distress* memberikan pengaruh yang besar dalam perkembangan kesembuhan pasien. Timbulnya depresi yang terjadi pada beberapa individu yang rentan, juga dapat menimbulkan kejadian bunuh diri akibat rasa takut, cemas dan was-was akan terkena infeksi Covid-19. Penelitian tentang angka kejadian bunuh diri telah dibuktikan di beberapa penelitian yang dilakukan oleh India, Pakistan serta Bangladesh dimana negara negara tersebut merupakan negara berkembang yang ada di Asia (Ozdin, 2020; Roy, 2020).

Selain masyarakat yang tidak menderita Covid-19, beberapa pasien-pasien dengan Covid-19 sendiri juga mengalami gangguan pada kesehatan mental. Adanya stigma negatif yang timbul dari masyarakat sekitar serta isolasi mandiri di mana pasien tidak dapat bertemu secara langsung dengan keluarga maupun kerabat dapat memicu timbulnya gangguan kecemasan yang berlebihan serta gangguan depresi. Gangguan depresi sendiri apabila tidak mendapatkan penanganan dengan baik maka tidak menutup kemungkinan akan memicu terjadinya kejadian bunuh diri seperti halnya di negara-negara berkembang yang telah disebutkan sebelumnya.

Studi yang dilakukan oleh Guo di Cina membuktikan dari 103 pasien yang terkena Covid-19 dan 103 orang yang tidak terinfeksi Covid-19, angka terjadinya

gangguan mental seperti depresi, gangguan kecemasan (*general anxiety disorder/ GAD*), serta gangguan pasca trauma (PTSD) lebih tinggi pada pasien Covid-19. Covid-19 ini juga berdampak pada pasien-pasien yang sebelumnya memiliki gangguan mental, di mana pasien-pasien ini lebih rentan mengalami gangguan-gangguan mental seperti insomnia, stres, dan gangguan kecemasan serta depresi (Guo, 2020).

Jika mengacu pada struktur usia penduduk maka kelompok rentan yang terdampak pada kesehatan jiwa dan psikososial akibat infeksi Covid-19 di antaranya adalah perempuan, anak dan remaja, dan lanjut usia (lansia). Di Indonesia sendiri telah dilakukan beberapa uji cepat seperti yang telah dilakukan Survei Ketahanan Keluarga di masa pandemi oleh IPB dari sebanyak 66 persen responden perempuan yang sudah menikah menunjukkan bahwa gangguan psikologis yang paling banyak dialami adalah mudah cemas dan gelisah (50,6 persen), mudah sedih (46,9 persen), dan sulit berkonsentrasi (35,5 persen) (Sunarti, 2020).

Reaksi kecemasan akan berbeda pada setiap individu. Untuk sebagian orang, reaksi kecemasan tidak selalu diiringi oleh reaksi fisiologis. Namun pada orang-orang tertentu, kompleksitas respons dalam kecemasan dapat melibatkan reaksi fisiologis sesaat seperti detak jantung menjadi lebih cepat, berkeringat, sakit perut, sakit kepala, gatal-gatal, dan gejala lainnya. Setelah seseorang mulai merasakan kecemasan maka sistem pertahanan diri selanjutnya akan menilai kembali ancaman diiringi dengan usaha untuk mengatasi, mengurangi atau menghilangkan perasaan terancam tersebut. Seseorang dapat menggunakan pertahanan diri (*defence mechanism*) dengan meningkatkan aktivitas kognisi atau motorik.

Tenaga Medis

Pandemi Covid-19 ini sendiri telah menyebabkan banyaknya rumah sakit yang kolaps di mana kapasitas pasien terlampaui banyak dalam tempo yang singkat bila dibanding dengan ketersediaan fasilitas maupun SDM kesehatan. Tingginya tekanan dalam bekerja terutama dalam menghadapi kasus-kasus kegawatdaruratan di IGD maupun ICU serta menghadapi berbagai stigma yang berkembang di masyarakat umum terkait posisi tenaga medis saat ini memberikan gambaran tersendiri mengenai kesehatan mental garda terdepan pada pandemi Covid-19.

Selama bencana pandemi ini, tenaga medis dengan rela mengorbankan waktunya dalam merawat pasien-pasien tersebut. Seringnya terpapar terhadap kasus-kasus kegawatdaruratan membuat beberapa perubahan psikologis dan

emosional dari individu tersebut. Mereka yang berada di garda terdepan sangat rentan terpapar oleh infeksi ini. Selain itu, jumlah pasien yang makin meningkat tiap harinya akan memberikan perasaan kelelahan serta stres yang mendalam.

Penelitian yang dilakukan oleh Caillet di Perancis menunjukkan bahwa tenaga medis yang bekerja di ruangan ICU memiliki tingkat kecemasan yang cukup tinggi yaitu sekitar 48% dengan kejadian depresi sebanyak 16% dan 27% lainnya mengalami PTSD (gangguan stres pascatrauma). ICU sendiri merupakan ruangan yang ditujukan bagi pasien-pasien kritis di mana angka mortalitas pada ruangan ini cukup tinggi dan akibat dari pandemi ini mewajibkan rumah sakit untuk menambah jumlah tempat tidur secara maksimal hingga berlebihan. Dengan rasio antara jumlah pasien di ICU sendiri dengan jumlah tenaga medis yang bekerja tentunya memiliki perbandingan yang tidak sepadan. Di Perancis, dalam penelitian tersebut dikatakan bahwa untuk menambah jumlah tempat tidur sebanyak 5.000 hingga 10.000 petugas medis diperbolehkan untuk menunda semua prosedur bedah non darurat dan menambah tenaga non ICU untuk bekerja di ruangan tersebut, namun mereka yang baru saja pindah ke ICU belum sempat mendapatkan pelatihan sebagai tenaga medis ICU (Caillet, 2020).

Sebuah penelitian *cross sectional* yang dilakukan pada 2.299 partisipan termasuk 2.042 di antaranya adalah tenaga medis dan 257 lainnya adalah staf yang berasal dari institusi yang sama menunjukkan bahwa tenaga medis yang melakukan kontak langsung dengan pasien-pasien yang terinfeksi Covid-19 berisiko 1,4× lebih besar terhadap gangguan-gangguan mental seperti munculnya rasa takut, cemas, dan depresi bila dibandingkan dengan staf lain. Penelitian-penelitian lain juga menyebutkan hal serupa.

Sebagai tenaga medis yang menangani pasien secara langsung tentunya risiko akan tertular infeksi Covid-19 ini sangat tinggi di mana teori penularan infeksi Covid-19 yang berkembang saat ini diutamakan melalui *droplet*. Banyaknya kabar yang menyebutkan bahwa tingginya angka sejawat yang terinfeksi hingga menimbulkan kematian secara tidak langsung membuat tekanan semakin meningkat serta adanya perubahan emosional yang dirasakan ketika melakukan isolasi mandiri.

Gangguan kesehatan mental tidak hanya melingkupi rasa takut, cemas, depresi atau insomnia semata namun berdampak pula pada psikosomatis individu tenaga medis. Studi yang dilakukan oleh Chew menyebutkan bahwa kejadian neuro-psikiatri yang muncul pada tenaga medis yaitu sebesar 33,4% partisipan. Gejala yang muncul pada penelitian ini ialah nyeri kepala (Chew, 20200).

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA GANGGUAN KESEHATAN MENTAL DALAM PANDEMI COVID-19

Berdasarkan beberapa studi dapat disimpulkan beberapa faktor risiko yang memengaruhi adanya gangguan kesehatan mental yang terjadi pada masyarakat umum serta tenaga medis yaitu mencakup usia, jenis kelamin, status pernikahan, kondisi finansial, serta mekanisme koping (Ayuningtyas., 2018; Machado, 2020; Zandifar, 2020; Tahara, 2020; Hosain, 2020).

Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang berperan pada masalah ini. Usia tidak selalu menunjukkan kedewasaan seseorang, namun dalam hal ini dapat diketahui bahwa usia muda dilaporkan memiliki risiko terjadinya gangguan cemas lebih besar bila dibanding dengan usia tua. Pada penelitian yang dilakukan di tenaga medis oleh Tahara menunjukkan bahwa tenaga medis yang berusia kurang dari 40 tahun cenderung mengalami gangguan kesehatan mental lebih banyak bila dibanding dengan tenaga medis yang berusia lebih dari 40 tahun (Huang, 2020).

Jenis Kelamin

Dilaporkan bahwa wanita lebih rentan mengalami kecemasan lebih tinggi bila dibandingkan lelaki, begitu pula yang terjadi di ranah medis. Penelitian yang dilakukan oleh Li menunjukkan bahwa staf medis yang berjenis kelamin perempuan banyak yang mengalami insomnia, di mana insomnia atau gangguan sulit tidur merupakan salah satu ciri dari depresi ringan. Kondisi ini perlu menjadi perhatian mengingat perempuan memegang peran yang sangat penting dalam mengelola rumah tangga (Li, 2020).

Status Pernikahan

Status pernikahan menjadi faktor risiko, di mana kejadian insomnia banyak terjadi pada individu lajang dibanding dengan pasangan yang sudah menikah. Individu lajang identik dengan kesendirian di mana rasa sendiri ini dapat berhubungan dengan beberapa gangguan psikologi seperti depresi dan gangguan tidur. Melakukan hubungan sosial merupakan hal yang wajib dilakukan agar kesehatan mental tetap terjaga dengan baik (Tahara, 2020; Huang, 2020; Li, 2020; Huang, 2020; Ebeutel, 2020).

Kondisi Finansial

Kondisi finansial, status pekerjaan, serta pendapatan individu merupakan hal krusial yang memengaruhi kondisi kesehatan mental seorang individu. Di Jepang diketahui bahwa tenaga medis juga mengalami gangguan kesehatan mental akibat masalah finansial. Beban kerja yang semakin tinggi tidak disertai dengan *salary* yang ikut meningkat. Di Indonesia sendiri akibat adanya fenomena “*lockdown*” mengakibatkan perekonomian menurun dan beberapa perusahaan melakukan PHK secara berkala. Selain itu, akibat pandemi ini membuat beberapa usaha semakin terpuruk. Ide pemerintah dalam menggalakkan UKM pada masa pandemi ini merupakan salah satu cara untuk meningkatkan perekonomian dalam masyarakat sehingga diharapkan berkurangnya angka pengangguran (Huang, 2020; Tahara, 2020).

Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara seseorang dalam menemukan solusi dalam menghadapi peristiwa yang dialami sebagai bentuk pertahanan diri dengan cara rasionalisasi. Proses penilaian dapat berubah seiring seseorang terpapar oleh informasi. Perubahan penilaian ini kemudian berdampak pada bentuk *coping*. Pada awal-awal masa pandemi Covid-19, tindakan membeli kebutuhan secara berlebihan (beli panik/*panic buying*) merupakan salah satu contoh penilaian individu terhadap ancaman kelangkaan bahan kebutuhan pokok.

Studi yang dilakukan oleh Tahara menyatakan bahwa 70% partisipan di mana partisipan yang dimaksud adalah tenaga medis mengadaptasi strategi mekanisme penghindaran-melarikan diri dalam mengatasi stres. Penelitian sebelumnya membuktikan bahwa derajat gangguan mental bervariasi tergantung pada mekanisme koping yang dipilih. Strategi penghindaran melarikan diri dapat memperburuk kesehatan mental dan meningkatkan tekanan psikologis dan depresi. Namun, dalam situasi yang tidak terkendali, strategi mengatasi penghindaran-melarikan diri lebih mungkin untuk diadopsi (Penley, 2002; Chew, 2020).

INTERVENSI TERHADAP TENAGA MEDIS

Seperti yang telah dibahas sebelumnya, tenaga medis memiliki peranan yang besar dalam mengatasi pandemi Covid-19 ini. Tingginya tekanan dalam bekerja serta stigma yang timbul dalam masyarakat merupakan beberapa pemicu timbulnya gangguan mental. ICU atau ruang perawatan intensif menjadi salah satu

ruangan dengan beban kerja serta tingkat stres yang tinggi serta rasio mortalitas yang meningkat tiap harinya akibat Covid-19 ini. Tak pelak hal ini membuat kehidupan sehari-hari para tenaga medis juga ikut terganggu.

Untuk itulah dibutuhkan beberapa intervensi yang bisa diberikan kepada tenaga medis demi mencegah terjadinya masalah yang terkait gangguan mental tersebut. Rekomendasi yang dapat dilakukan oleh rumah sakit ataupun pemerintah di antara lain adalah sebagai berikut.

1. Pemberian akses terhadap layanan psikologi.
2. Pemberian dukungan baik secara individu maupun kelompok.
3. Membuat seminar/pelatihan terkini tentang pandemi.

Tiga hal ini merupakan inti rekomendasi yang dapat diberikan kepada para tenaga medis. Tujuan dari rekomendasi yang diberikan ini antara lain ialah sebagai berikut.

1. Mempromosikan keamanan dalam bekerja.
2. Memberikan rasa tenang dalam melakukan pekerjaan sehari-hari.
3. Memberikan rasa percaya diri.
4. Meningkatkan rasa saling memiliki satu sama lain.
5. Menjaga rasa saling terbuka antar individu.

Dengan adanya rekomendasi ini diharapkan tenaga medis dapat meminimalisir rasa cemas serta depresi yang melingkupinya. Selain rekomendasi diatas, dapat kita ambil contoh di salah satu rumah sakit di Portugal di mana mereka menciptakan suatu program yang terdiri dari tiga tahapan (Machado, 2020). Tahapan-tahapan tersebut terdiri dari diperinci sebagai berikut.

1. **Tahap 1:** tahapan ini ditujukan bagi seluruh tenaga medis yang berhubungan langsung dalam menangani pasien-pasien Covid-19 di ruang gawat darurat, ICU, hingga para tenaga medis yang memimpin langsung jalannya kegiatan. Pada tahap ini akan disediakan dukungan oleh psikiater berupa *telemedicine* yang tersedia sejak pukul 09.00 pagi hingga pukul 18.00 sore. Seluruh tenaga medis yang menginginkan konsultasi diperbolehkan menghubungi kontak psikiater yang tersedia.
2. **Tahap 2:** tahapan ini ditujukan bagi para tenaga medis yang mengalami stress atau gangguan psikologis sehingga membutuhkan penanganan lebih lanjut serta dibutuhkan psikoterapi. Pada tahapan ini tenaga medis tersebut akan diberikan waktu untuk berkonsultasi dengan seorang dokter spesialis kejiwaan selama 24 hingga 48 jam.

3. **Tahap 3:** pada tahapan ini merupakan *screening* bagi seluruh tenaga kerja dengan menggunakan suatu aplikasi yang tersedia di ponsel, di mana aplikasi ini secara tidak langsung akan menyaring serta melakukan monitor bagi pekerja yang mengalami gangguan psikologis.

Bila dalam pemantauan ternyata didapatkan adanya suatu masalah yang mengharuskan individu tenaga medis tersebut mendapatkan penanganan secara berkala maka sistem akan langsung membuat suatu rencana terapi yang mewajibkan individu tersebut untuk berkonsultasi dengan seorang dokter spesialis kejiwaan setiap minggunya.

KESEHATAN MENTAL DI INDONESIA SERTA UPAYA-UPAYANYA

Di penghujung 2020, muncul suatu kabar yang menyebutkan bahwa salah satu pasien Covid-19 yang berada di Surabaya, Jawa Timur bunuh diri dengan cara loncat dari lantai 6 RSUD Haji Surabaya. Korban diduga mengalami depresi karena sudah tujuh kali melakukan tes *swab* dan hasilnya selalu positif. Kasus ini tentunya menjadi tamparan keras bahwa dalam menangani kasus Covid-19 dibutuhkan suatu kinerja yang holistik, tidak hanya menangani fisik tetapi juga psikologis pasien tersebut.

Kebijakan kesehatan mental di Indonesia terbilang mengalami kemajuan apabila dibandingkan dengan beberapa dekade sebelumnya, meskipun kemajuannya cenderung lambat. Perumusan kebijakan kesehatan mental belum didukung oleh data penunjang yang adekuat, sama halnya seperti yang dialami banyak negara berkembang lainnya. Indonesia sendiri telah memuat beberapa peraturan tentang kesehatan jiwa yang diterapkan dalam UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa namun pada beberapa peraturan turunannya masih belum terselesaikan. Dalam situasi pandemi Covid-19 pemerintah melalui Keputusan Presiden RI Nomor 7 Tahun 2020 yang kemudian direvisi dalam Keputusan Presiden RI Nomor 9 Tahun 2020, Pemerintah mengeluarkan kebijakan yang berisi tentang pembentukan gugus tugas percepatan penanganan Covid-19. Isi Keputusan Presiden tersebut menjadi dasar kebijakan pada implikasi sosial, ekonomi, dan kesejahteraan masyarakat (Ayuningtyas, 2018).

Pada penghujung bulan April 2020, Kantor Staf Presiden (KSP) bersama dengan Kementerian Komunikasi dan Informatika, Kementerian Pemberdayaan

Perempuan dan Anak (KPPA), Kementerian Kesehatan, Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19, PT Telkom, Infomedia, dan Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) meluncurkan layanan bantuan konsultasi psikologi kesehatan jiwa atau Sejiwa. Layanan ini ditujukan untuk membantu menangani potensi ancaman tekanan psikologi masyarakat di tengah pandemi Covid-19.

Dalam mendukung perbaikan kesehatan mental selama pandemi Covid-19 ini, Universitas Indonesia juga mengeluarkan beberapa rekomendasi kebijakan sebagai berikut.

1. Mencegah krisis kesehatan mental selama dan setelah pandemi dengan memfasilitasi hasil surveilans masalah kesehatan mental dan sumber daya kesehatan, serta menyediakan dukungan akses informasi dan teknologi yang handal.
2. Memberi dukungan kesehatan jiwa dan psikososial bagi kelompok usia produktif dan kelompok rentan lainnya berupa fasilitasi adaptasi untuk bekerja dan belajar dari rumah, penguatan interaksi dalam keluarga, jaminan sosial dan kesehatan.
3. Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat dengan mempermudah akses (termasuk teknologi swaperiksa dan telekonsultasi), terintegrasi dalam layanan kesehatan fisik, panduan layanan yang terstandar, dan penjangkauan aktif di komunitas.
4. Menjamin kesinambungan layanan kesehatan jiwa bagi orang dengan gangguan jiwa melalui pengembangan telemedicine, kebijakan akses obat, dan pencegahan risiko kesehatan fisik.

Pemerintah sendiri dalam upayanya sebagai preventif telah membuat suatu buku Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Pandemi Covid-19, merujuk pada kebijakan WHO. Buku ini menjadi acuan pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam mengambil langkah pencegahan, penanganan, serta pelaksanaan tindak lanjut di bidang kesehatan mental dan psikososial dalam pandemi Covid-19.

Mengenali variasi dari psikopatologi yang terjadi selama pandemi Covid-19 ini merupakan suatu kewajiban yang harus dikerjakan sedini mungkin. Hal ini tidak hanya dilakukan pada masyarakat awam namun begitu juga dengan tenaga medis. Masing-masing individu memiliki mekanisme yang berbeda dalam menghadapi suatu peristiwa di hidupnya, hal ini membuat level psikologi serta mekanisme koping masing-masing individu juga berbeda. Faktor-faktor seperti usia, gender,

pendidikan, status pernikahan, dukungan sosial serta status sosio-ekonomi turut memengaruhi proses masing-masing individu. Variasi-variasi ini tentunya membutuhkan beberapa penelitian untuk melihat proses serta “outcome” yang dapat terjadi pada individu tersebut. Penggalakan untuk dilakukannya penelitian tentang kesehatan mental selama pandemi Covid-19 ini serta rekomendasi-rekomendasi yang diberikan oleh pakar tentunya dapat menjadi penentu dan latar belakang kebijakan yang akan diambil oleh pemerintah.

ADAPTASI TERHADAP PANDEMI DAN NORMA BARU

Saat ini, belum ada perkiraan akurat tentang berapa lama situasi Covid-19 akan bertahan, jumlah orang di seluruh dunia yang akan terinfeksi, atau berapa lama hidup orang akan terganggu. Karena kehidupan harus tetap berjalan, maka langkah awal yang dilakukan adalah penerimaan (*acceptance*). Penerimaan berarti memberi ruang kesadaran yang penuh kepada diri bahwa pandemi Covid-19 adalah sebuah kenyataan. Jika kita sudah menerima bahwa kondisi sekarang bukanlah kondisi normal, maka kita siap untuk beradaptasi (Zandifar, 2020).

Pada titik ini, penting untuk menekankan bahwa banyak orang dapat menangani situasi ini secara konstruktif dengan menjadi tenang atau belajar untuk tetap tenang, menyibukkan diri dengan kegiatan yang positif dapat menghindari kejadian depresi itu sendiri, mengembangkan atau menemukan kembali minat dan hobi lama dan bagi mereka yang bekerja, belajar bekerja dari rumah adalah tugas baru dan menantang bagi kebanyakan orang. Menemukan cara untuk menenangkan pikiran adalah strategi bermanfaat lainnya. Bagi mahasiswa serta institusi akademik dapat beralih ke mode pelatihan, interaksi, dan penilaian secara digital.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuningtyas, D., Misnianiarti, M. & Rayhani, M. 2018. Analisis Situasi Kesehatan Mental pada Masyarakat di Indonesia dan Strategi Penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1):1-10. <https://doi.org/10.26553/jikm.2018.9.1.1-10>
- Beutel, M.E., Klein, E.M., Brähler, E. *et al.* 2020 Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(97):1-7

- Caillet, A., Coste, C., Sanchez, R. *et al.* 2020. Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 39(6):717-722. Doi:10.1016/j.accpm.2020.08.006. Accessed 3 Oct. 2020.
- Chew, N.W.S., Lee, G.K.H., Tan, B.Y.Q. *et al.* 2020. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. 88:559-565. S0889-1591(20)30523-7.
- Chew, Q.H., Wei, K.C., Vasoo, S., Chua, H.C. & Sim, K. 2020. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: Practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singap. Med. J.*, 61(7):350-356.
- Guo, Q., Zheng, Y., Shi J, *et al.* 2020. Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: a mixed-method study. *Brain Behav Immun*, 88:17-27.
- Hossain, M.M., Tasnim, S., Sultana, A. *et al.* 2020. Epidemiology of Mental Health Problems in COVID-19: A Review. *F1000Research*, 9: 636. Doi: 10.12688/f1000research.24457.1.
- Huang, Y. & Zhao, N. 2020. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*, 288: 112954
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., *et al.* 2020. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit*, 26:e924609-1-e924609-12.
- Li, X., Yu, H., Bian, G. *et al.* 2020. Prevalence, risk factors, and clinical correlates of insomnia in volunteer and at home medical staff during the COVID-19. *Brain Behav Immun*, 87: 140-141.
- Liang, L., Ren, H., Cao, R. *et al.* 2020. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q*, 21:1-12.
- Machado, A.S., Pereira, E., Grangeia, R. *et al.* 2020. Mental Health Support to Health Care Workers during COVID-19 Pandemic. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 62(11): e677-e678. Doi: 10.1097/jom.0000000000002011.
- Özdin, S. & Özdin, B.Ş. 2020. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*, 66(5):504-511. Doi:10.1177/0020764020927051.
- Penley, J.A., Tomaka, J. & Wiebe, J.S. 2002. The Association of Coping to Physical and Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic Review. *J. Behav. Med*, 25(6): 551-603

- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S.K. *et al.* 2020. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr*, 51:102083.
- Sunarti, E. 2020. Paparan Hasil Survey Ketahanan Keluarga Di Masa Pandemi COVID19. *Webinar The 14th IPB Strategic Talks COVID-19 Series: Mencegah Krisis Keluarga Indonesia di Masa Pandemi COVID-19*.
- Tahara, M., Mashizume, Y. & Takahashi, K. Coping Mechanisms: Exploring Strategies Utilized by Japanese Healthcare Workers to Reduce Stress and Improve Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1):131. Doi: 10.3390/ijerph18010131
- Zandifar, A. & Badrfam, R. 2020. Iranian Mental Health During The COVID-19 Epidemic. *Asian Asian J Psychiatr*. 51:101990. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990>

AUP 2021

TINJAUAN EPIDEMIOLOGI KELAINAN MENTAL SELAMA PANDEMI COVID-19

2

Holipah, Dearisa Surya Yudhantara

PENDAHULUAN

Pandemi Covid-19 yang pertama kali diidentifikasi pada awal tahun 2020 merupakan salah satu kejadian luar biasa yang mengubah banyak hal dalam kehidupan normal. Efek langsung dan tidak langsung dari pandemi penyakit *Coronavirus* 2019 (Covid-19) ini menyebar luas dan dapat memengaruhi kesehatan mental. Kondisi adaptasi yang dilakukan seperti pembatasan aktivitas sosial, aktivitas ekonomi, dan pendidikan yang ditujukan untuk mengurangi penyebaran Covid-19 pada gilirannya akan juga menyebabkan kerentanan munculnya gangguan jiwa. Dari studi epidemiologis yang dilakukan terdapat beberapa gejala gangguan kesehatan mental yang terjadi seperti depresi, cemas, insomnia, *distress* psikologis, dan stres pascatrauma. Gangguan tersebut secara umum memiliki prevalensi yang lebih tinggi jika dibanding dengan masa sebelum pandemi. Gejala gangguan jiwa secara signifikan lebih tinggi prevalensinya pada penderita Covid-19, masyarakat umum, tenaga kesehatan, dan kelompok tertentu yang rentan dalam masyarakat. Faktor-faktor yang diduga dapat berpengaruh pada munculnya gangguan kesehatan mental pada masa pandemi ini antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan, lokasi tempat tinggal, kontak dengan penderita Covid-19, komorbiditas atau riwayat gangguan jiwa, komorbiditas dengan penyakit kronik, paparan berita dan media sosial terkait Covid-19, mekanisme *coping*, dukungan psikososial, dan lain-lain. Diperlukan usaha-usaha yang berkesinambungan untuk mengurangi risiko dan menurunkan jumlah individu yang mengalami gangguan kesehatan mental selama masa pandemi Covid-19.

Pandemi Covid-19 yang pertama kali diidentifikasi pada awal tahun 2020 merupakan salah satu kejadian luar biasa yang mengubah banyak hal dalam kehidupan normal. Sejak menyebar cepat dari China, pada 11 Maret, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengumumkan pandemi (Xiang *et al.*, 2020). Efek psikologis dan sosial langsung dan tidak langsung dari pandemi penyakit *coronavirus* 2019 (Covid-19) menyebar luas dan dapat memengaruhi kesehatan mental saat ini dan kemungkinan akan memengaruhi di masa depan. Hingga tulisan ini dibuat pada tanggal 3 Februari 2021, Pemerintah Republik Indonesia telah melaporkan 1.111.671 orang yang terkonfirmasi Covid-19. Ada 30.770 kematian terkait Covid-19 yang dilaporkan dan 905.665 pasien telah pulih dari penyakit tersebut (Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional, 2020). *Severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) adalah virus penyebab Covid-19 yang dapat menginfeksi otak atau memicu respons imun yang mengganggu fungsi otak dan kesehatan mental pada pasien dengan Covid-19.

Dengan jumlah penderita yang masif dan perubahan kondisi pada masyarakat akibat pandemi ini, Covid-19 menghadirkan banyak permasalahan baik yang sifatnya sosial, ekonomi, dan tentunya juga kesehatan. Ada dua permasalahan besar kesehatan yang perlu menjadi perhatian. *Pertama*, masalah yang disebabkan oleh penyakit itu sendiri. Infeksi Covid-19 pada sebagian besar penderitanya tidak memberikan gejala berat, namun pada individu dengan kerentanan seperti pada lanjut usia dan memiliki komorbiditas gangguan medis tertentu. *Kedua*, masalah kesehatan yang berkaitan dengan kondisi psikologis. Hingga saat ini masih timbul kecemasan dan kepanikan di masyarakat akibat pandemi ini. Terdapat perilaku maladaptif hingga gangguan mental yang muncul akibat datangnya pandemi ini (Xiang *et al.*, 2020).

Pandemi Covid-19 ini memberikan dampak yang besar bagi masyarakat. Beberapa kondisi adaptasi yang dilakukan seperti pembatasan aktivitas sosial, aktivitas ekonomi, dan pendidikan yang ditujukan untuk mengurangi penyebaran Covid-19 pada gilirannya akan juga menyebabkan kerentanan munculnya gangguan jiwa. Penularan Covid-19 yang cepat, tingkat kematian yang tinggi, kurangnya perawatan dan vaksin yang efektif, dan tindakan karantina massal telah menyebabkan masalah kesehatan mental, seperti ketakutan, kecemasan, depresi, dan masalah tidur (Galea *et al.*, 2020). Tampaknya akan ada peningkatan substansial dalam kecemasan dan depresi, penggunaan narkoba, dan kesepian. Terdapat kemungkinan juga untuk peningkatan kekerasan dalam rumah tangga,



GAMBAR 2.1 Distribusi geografis jumlah kumulatif kasus Covid-19 yang dikonfirmasi di Indonesia dilaporkan dari 28 Januari hingga 3 Februari 2021

(Sumber: <https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>).

penganiayaan anak, dan penyalahgunaan zat selama masa isolasi sosial ini. Beban orang tua menjadi bertambah karena secara umum terjadi lesunya ekonomi seperti banyaknya pemutusan hubungan kerja dan berkurangnya penghasilan, orang tua terutama yang mempunyai anak usia sekolah juga diharuskan untuk berperan juga sebagai guru di rumah bagi anak-anaknya (Holmes *et al.*, 2020).

Masalah lain yang mungkin muncul adalah akibat berkurangnya kunjungan penderita dengan penyakit kronis—termasuk gangguan jiwa kronis seperti skizofrenia—ke rumah sakit, yang disebabkan oleh ketakutan tertular virus Covid-19 atau alasan lain akibat penutupan atau pembatasan layanan perawatan sehingga terdapat kemungkinan peningkatan kekambuhan pada gangguan tersebut. Faktor lain yang juga berperan dalam kerentanan munculnya gangguan jiwa seperti stigma sosial, kesenjangan digital, dan komorbiditas dengan gangguan fisik atau mental sebelumnya (Holmes *et al.*, 2020). Kondisi ini dapat dialami oleh pasien Covid-19, kontak dekat, masyarakat umum, dan bahkan petugas kesehatan (Yang *et al.*, 2020).

Bab ini bertujuan untuk menggambarkan tentang gambaran epidemiologi gangguan mental yang muncul selama pandemi.

PREVALENSI GANGGUAN MENTAL

Sejumlah survei dan penelitian menjelaskan prevalensi gejala kesehatan mental yang terkait dengan penyakit *Coronavirus* 2019 (Covid-19). Survey daring yang dilakukan oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia

(PDSKJI) yang melibatkan 1.522 responden menunjukkan bahwa didapatkan gejala cemas sebesar 64,8%, gejala depresi sebesar 61,5%, dan trauma 75% (PDSKJI, 2020). Gangguan mental dapat terjadi pada beberapa kelompok yang dapat dianggap rentan pada masyarakat. Gangguan mental rentan terjadi pada pasien, orang yang kontak erat dengan pasien, populasi umum, dan tenaga kesehatan.

Penderita Covid-19

Penderita Covid-19 yang menjalani perawatan rawan untuk mengalami gejala gangguan mental. Sebuah studi tinjauan sistematis yang dilakukan pada penderita yang dirawat di rumah sakit karena Covid-19 terdapat bukti terjadinya gangguan jiwa (Rogers *et al.*, 2020). Pada studi yang dilakukan oleh Helms *et al.* (2020) didapatkan delirium pada 65% penderita yang dirawat di unit perawatan intensif dan agitasi pada 69% penderita yang dirawat dengan kondisi yang sama. Pada studi lain ditemukan kesadaran yang berubah pada 21%, 33% penderita dengan Covid-19 pasca perawatan di ruang rawat inap intensif menderita gangguan fungsi eksekutif yang kemungkinan berhubungan dengan ensefalopati hipoksia dan ensefalitis. Selama fase infeksi akut, sekitar 20 hingga 40% menunjukkan gejala neuropsikiatri seperti insomnia (42%), gangguan perhatian atau konsentrasi (38%), kecemasan (36%), gangguan memori (34%), *distress* psikologis (33%), kebingungan (28%), dan kesadaran berubah (21%) (Helms *et al.*, 2020).

Masyarakat umum

Kondisi pandemi Covid-19 berpengaruh luas, termasuk juga pada masyarakat umum. Seperti yang telah dijelaskan di atas bahwa kondisi ini menyebabkan tekanan pada masyarakat karena ketakutan akan penyakit ini sendiri maupun penyebab lain yang muncul sebagai efek diberlakukannya isolasi sosial, penurunan kondisi ekonomi, dan stigma sosial yang mengikuti. Studi survei daring yang dilakukan oleh American Psychiatric Association (APA) menyebutkan bahwa hampir setengah dari orang Amerika (48%) mengkhawatirkan kemungkinan tertular Covid-19. Sekitar 40% cemas akan sakit parah atau meninggal akibat terinfeksi Covid-19. Lebih banyak orang Amerika (62%) cemas tentang kemungkinan keluarga dan orang yang dicintai terinfeksi Covid-19. Lebih dari sepertiga orang Amerika (36%) mengatakan virus *Corona* berdampak serius pada kesehatan mental mereka dan sebagian besar (59%) merasa virus *Corona* berdampak serius pada kehidupan sehari-hari mereka. Sebagian besar orang dewasa khawatir virus *Corona* akan berdampak negatif serius pada

keuangan mereka (57%) dan hampir setengahnya khawatir kehabisan makanan, obat-obatan, dan/atau persediaan. Dua pertiga orang Amerika (68%) khawatir virus *Corona* akan berdampak jangka panjang terhadap perekonomian (American Psychiatric Association, 2020). Pandemi Covid-19 dapat dikaitkan dengan gejala kejiwaan pada populasi umum orang dewasa dan anak-anak. Sebanyak 36% populasi dewasa mengalami gejala kejiwaan yang signifikan secara klinis seperti kecemasan, depresi, tekanan, dan stres pascatrauma, prevalensi munculnya gejala psikiatri selama pandemi dapat melebihi prevalensi sebelum pandemi (Holmes *et al.*, 2020).

Gejala gangguan jiwa seperti cemas dan depresi merupakan gejala yang sering dikeluhkan berdasarkan beberapa studi. Salah satu survey daring yang dilakukan di China pada fase awal pandemi yang melibatkan 1.210 responden yang sebagian besar orang dewasa menemukan bahwa kecemasan sedang hingga berat muncul pada 29% responden. Pada studi yang sama didapatkan bahwa gejala depresi muncul pada 17% responden (Wang *et al.*, 2020). Pada studi survei berbasis internet lainnya yang dilakukan di China juga menunjukkan bahwa 9% dari 2.485 responden mahasiswa yang menjalani karantina mengalami gejala depresi (Tang *et al.*, 2020).

Distress/tekanan secara psikologis ditemukan pada survei yang dilakukan pada populasi umum. Dari survey berbasis internet yang dilakukan oleh *Johns Hopkins COVID-19 Civic Life and Public Health Survey* menunjukkan bahwa *distress* psikologis muncul pada 14% dari 1.468 responden. Jumlah ini lebih besar hampir 4 kali lipat jika dibandingkan dengan survei tentang *distress* psikologis yang dilakukan sebelum pandemi (McGinty *et al.*, 2020).

Gangguan lain yang juga muncul pada masa pandemi ini adalah gangguan stres pascatrauma (PTSD/*post traumatic stress disorder*). Berdasarkan survey daring di China menemukan bahwa prevalensi gejala PTSD berkisar antara 3–7% pada responden dewasa. Gejala PTSD yang paling sering dikeluhkan adalah gangguan cemas, penghindaran, perubahan negatif dalam *mood* dan kognisi, serta kewaspadaan berlebihan (Liu *et al.*, 2020). Survey internet dari mahasiswa yang dikarantina di rumah pada Februari 2020 menunjukkan bahwa PTSD mungkin hadir di 3% dari 2.485 responden (Tang *et al.*, 2020).

Selain studi potong lintang di atas, satu studi longitudinal juga dilakukan untuk mengetahui perjalanan gangguan mental selama pandemi Covid-19. Studi longitudinal tersebut dilakukan dengan metode survey pada total 1.738 responden. Hasilnya tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada skor depresi, cemas, dan

gangguan stres pascatrauma pada awal pandemi dan empat minggu kemudian setelah wabah meluas (Wang *et al.*, 2020).

Ketakutan akan terinfeksi Covid-19 juga menyebabkan munculnya beberapa kasus perilaku bunuh diri. Terdapat laporan kasus bunuh diri yang dilakukan oleh warga India, Pakistan, dan Bangladesh. Ketakutan dan ketidakpastian akan pandemi ini memunculkan beban yang tinggi selama pandemi.

Covid-19 juga memengaruhi perilaku bunuh diri di antara individu yang rentan dalam konteks yang berbeda. Beberapa studi kasus berdasarkan laporan media berita ditemukan, di mana individu melakukan bunuh diri karena takut Covid-19 (Goyal *et al.*, 2020; Mamun *et al.*, 2020). Kasus-kasus dari India, Pakistan, dan Bangladesh ini telah menunjukkan bagaimana kerentanan yang dirasakan dan ketakutan terinfeksi telah mengakibatkan upaya bunuh diri di antara individu, menyoroti beban kesehatan mental yang tinggi dari pandemi ini (Goyal *et al.*, 2020; Mamun *et al.*, 2020).

Survey yang dilakukan pada populasi anak-anak dan orang lanjut usia juga menunjukkan gangguan kesehatan mental. Sebanyak 17,2–22,6% dari 1.784 partisipan siswa sekolah dasar dilaporkan mengalami gejala depresi dan 18,9% melaporkan gejala cemas selama pandemi Covid-19. Selama wabah Covid-19, pengurangan aktivitas di luar ruangan dan interaksi sosial mungkin dikaitkan dengan peningkatan gejala depresi anak-anak (Xie *et al.*, 2020). Orang lanjut usia terutama yang berusia ≥ 70 tahun, pasien dengan gangguan imunitas (*immunocompromised*), dan pasien dengan penyakit kronis juga dapat mengalami peningkatan gejala cemas dan depresi (Pfefferbaum *et al.*, 2020; Armitage *et al.*, 2020). Pada beberapa kondisi tertentu seperti masyarakat di daerah konflik atau pengungsian akan lebih rawan terkena gangguan mental saat pandemi Covid-19 ini (United Nation, 2020).

Tenaga kesehatan

Petugas kesehatan adalah lini terdepan dalam berhadapan dengan Covid-19. Petugas kesehatan menghadapi beragam tantangan baik dalam penanganan Covid-19 maupun stigma yang diberikan oleh sebagian masyarakat. Petugas kesehatan melihat secara langsung kondisi pasien yang ditangani dan berjuang keras untuk menyelamatkan pasien kritis dengan segala macam keterbatasan baik obat-obatan, sarana prasarana, maupun alat pelindung diri. Petugas kesehatan juga dihadapkan dengan semakin hari semakin besarnya jumlah pasien kritis yang harus ditangani dengan segala keterbatasan yang ada. Kombinasi faktor-faktor di

atas menjadi penyebab kerentanan dan munculnya gejala gangguan jiwa pada tenaga kesehatan (Xiang *et al.*, 2020; Shechter *et al.*, 2020).

Studi potong lintang dengan menggunakan instrumen laporan diri yang dilakukan kepada tenaga kesehatan di China yang melibatkan 1.257 responden menunjukkan adanya gejala depresi (50,4%), cemas (44,6%), insomnia (34,0%), dan *distress* (71,5%) (Lai *et al.*, 2020). Studi lain serupa juga dilakukan di Italia dengan melibatkan 1.379 responden tenaga kesehatan lini pertama dan kedua penanganan Covid-19. Hasilnya, 49,38% responden menunjukkan gejala stres pascatrauma, 24,73% gejala depresi, 19,80% gejala cemas, 8,27% gejala insomnia, dan 21,90% mengalami stres tingkat tinggi (Rossi *et al.*, 2020). Survey yang juga dilakukan secara daring di Kanada menunjukkan bahwa 47 responden membutuhkan dukungan psikologis, pelatihan (45%) dan staf medis tambahan (40%). Lebih dari separuh (55%) responden merasa bahwa mereka masih dapat mengendalikan situasi tetapi mereka mungkin akan segera kewalahan. Responden merasa tidak cukup siap untuk menangani situasi saat ini (2,7 pada skala 5 poin). Responden melaporkan adanya gangguan secara psikologis dengan munculnya gejala cemas (67%), tidak aman (49%), kewalahan (40%), tidak berdaya (29%), kurang tidur (28%) dan putus asa (28%) (Potloc & Canadian Public Health Association, 2020).

Hasil yang cukup berbeda ditunjukkan pada survei yang dilakukan secara daring pada tenaga kesehatan di Singapura. Studi yang melibatkan 470 responden menunjukkan 14,5% melaporkan gejala cemas, 8,9% depresi, 6,6% stres psikologis, dan 7,7% gejala stres pascatrauma. Gejala cemas lebih dua kali lipat dialami oleh tenaga kesehatan nonmedis dibanding dengan tenaga medis. Hasil ini dapat dikaitkan dengan peningkatan kesiapan mental dan langkah-langkah pengendalian infeksi yang ketat setelah pengalaman SARS di Singapura. Perawat garis depan memiliki tingkat traumatis yang secara signifikan lebih rendah daripada perawat non-garis depan dan masyarakat umum (Li *et al.*, 2020). Alasan untuk ini mungkin termasuk berkurangnya aksesibilitas ke dukungan psikologis formal, informasi medis tangan pertama yang kurang tentang wabah, pelatihan yang kurang intensif tentang alat pelindung diri, dan tindakan pengendalian infeksi (Tan *et al.*, 2020).

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam munculnya gejala gangguan jiwa pada tenaga kesehatan. Dalam hal karakteristik sosiodemografi, tenaga kesehatan berjenis kelamin perempuan, berusia lebih muda, mempunyai anak yang dependen, dan memiliki kondisi psikologis sebelumnya lebih rentan mengalami tekanan psikologis. Tenaga kesehatan yang menjalani karantina

yang berkepanjangan dan ketakutan menulari keluarga mereka atau memiliki anggota keluarga yang terinfeksi juga meningkatkan kerentanan munculnya gejala gangguan jiwa. Faktor risiko dari lingkungan pekerjaan seperti kontak dekat dan seringnya frekuensi kontak dengan pasien Covid-19 dan kurangnya pengalaman menyebabkan kerentanan munculnya distress psikologis. Perawat secara umum lebih rentan mengalami gangguan psikologis daripada dokter. Kurangnya alat pelindung diri, pelatihan staf yang tidak memadai, kurangnya dukungan organisasi, dan kompensasi, serta stigma masyarakat terhadap tenaga kesehatan yang merawat Covid-19 juga turut berperan dalam rentannya tenaga kesehatan untuk mengalami gangguan psikologis (Kisely *et al.*, 2020).

Selain faktor kerentanan di atas, diidentifikasi juga faktor pelindung yang dapat menurunkan risiko munculnya gangguan mental pada tenaga kesehatan. Faktor pelindung tersebut antara lain waktu istirahat yang cukup, adanya dukungan keluarga, pelatihan yang memadai, lingkungan kerja yang mendukung, komunikasi yang jelas dengan staf, dan keyakinan pada tindakan. Memiliki akses ke intervensi psikologis dan pengembangan protokol dukungan staf juga memberikan efek proteksi. Staf yang lebih tua dan berpengalaman memiliki risiko lebih rendah untuk mengalami gangguan psikologis. Adanya pengalaman sejawat yang sembuh dari infeksi Covid-19 juga memberikan efek positif secara psikologis (Kisely *et al.*, 2020).

Layanan Kesehatan Mental

Lembaga Kesehatan Dunia (WHO) telah melakukan survey dari bulan Juni hingga Agustus 2020 di antara 130 negara di enam wilayah WHO. Survey ini dilakukan untuk mengevaluasi penyediaan layanan kesehatan mental, neurologi, dan ketergantungan Napza. WHO juga mengevaluasi kemampuan negara-negara di dunia dalam beradaptasi pada kondisi ini. Hasil survey tersebut menunjukkan terjadi gangguan pada lebih dari 60% layanan kesehatan mental untuk orang-orang yang rentan. Gangguan layanan tersebut dirasakan oleh beberapa kelompok usia, termasuk anak-anak dan remaja (72%), orang dewasa yang lebih tua (70%), dan wanita yang membutuhkan layanan antenatal atau postnatal (61%) (WHO, 2020).

Pada bidang layanan kesehatan jiwa terdapat gangguan pada layanan konseling dan psikoterapi (67%), layanan pengurangan bahaya kritis (65%), dan layanan substitusi ketergantungan opioid (45%). Gangguan penanganan gawat darurat psikiatri dan kondisi medis seperti gaduh gelisah, kejang, sindrom lepas zat, dan delirium terjadi pada lebih dari sepertiga fasilitas layanan kesehatan (35%) (WHO, 2020)

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN MUNCULNYA GANGGUAN KESEHATAN MENTAL SELAMA PANDEMI COVID-19

Beberapa hal dianggap sebagai faktor risiko yang diduga berhubungan dengan munculnya gangguan kesehatan mental selama pandemi Covid-19, seperti usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, dan beberapa faktor lain.

1. Usia. Secara umum individu yang lebih muda memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami munculnya gejala cemas dan depresi (Huang *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020).
2. Jenis kelamin. Jenis kelamin perempuan lebih cenderung lebih rentan terhadap munculnya gejala cemas dan depresi (Li *et al.*, 2020), gejala keputusasaan (Guo *et al.*, 2020), dan insomnia (Li *et al.*, 2020).
3. Pendidikan. Pendidikan mungkin memiliki beberapa peran pelindung di mana semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah kemungkinan menderita gangguan kesehatan mental (Lei *et al.*, 2020; Liang *et al.*, 2020), tetapi penelitian selanjutnya menekankan bahwa tekanan akademis tambahan dapat memengaruhi kesehatan mental di tengah pandemi ini (Wang *et al.*, 2020).
4. Pekerjaan dan penghasilan. Petugas kesehatan cenderung memiliki kualitas tidur yang lebih buruk dibandingkan dengan profesi lain (Huang *et al.*, 2020). Penurunan penghasilan akibat isolasi sosial menyebabkan kerentanan munculnya gangguan jiwa. Satu studi kasus di India menginformasikan bahwa terjadi kejadian bunuh diri akibat peningkatan beban ekonomi (Hossain *et al.*, 2020). Individu yang mengalami penurunan kemampuan ekonomi lebih rentan terhadap munculnya gangguan jiwa (Wang *et al.*, 2020).
5. Lokasi tempat tinggal. Individu yang tinggal di daerah perkotaan mungkin lebih rentan untuk menderita gangguan jiwa jika dibanding dengan pedesaan (Özdin *et al.*, 2020).
6. Kontak dengan penderita Covid-19. Individu yang mempunyai riwayat kontak dengan penderita Covid-19 dan tinggal di daerah yang terdampak pandemi lebih rentan untuk mengalami gejala depresi (Li *et al.*, 2020). Individu yang memiliki anggota keluarga terkonfirmasi Covid-19 juga lebih rentan mengalami gejala depresi (Li *et al.*, 2020).
7. Komorbiditas atau riwayat gangguan jiwa. Komorbiditas gangguan jiwa seperti cemas dan depresi sebelumnya menimbulkan kerentanan untuk mengalami kekambuhan atau keparahan gejala (Hao *et al.*, 2020, Zhu *et al.*, 2020). Penderita dengan riwayat pemakaian NAPZA rentan untuk mengalami perburukan gejala (Volkow, 2020).

8. Komorbiditas dengan penyakit kronik. Penyakit fisik penyerta seperti diabetes, penyakit serebrovaskular, penyakit jantung, dan kondisi kronis lainnya adalah salah faktor risiko yang terkait dengan gangguan kesehatan mental di tengah Covid-19 (Özdin *et al.*, 2020; Chew *et al.*, 2020).
9. Paparan berita dan media sosial terkait Covid-19. Kerentanan gangguan pada kesehatan mental juga dapat disebabkan oleh paparan berita dan media sosial terkait Covid-19. Individu yang terpapar berita atau media sosial tentang Covid-19 lebih dari 2 jam per hari rentan mengalami gejala cemas dan depresi (Huang *et al.*, 2020; Ni *et al.*, 2020).
10. Mekanisme *Coping*. Mekanisme *coping* negatif secara signifikan terkait dengan kerentanan muncul gejala cemas dan depresi di antara individu yang terpapar Covid-19 (Liang *et al.*, 2020; Zhu *et al.*, 2020).
11. Dukungan psikososial. Individu tanpa dukungan psikososial sangat rentan terhadap kecemasan dan depresi selama pandemi Covid-19 (Lei *et al.*, 2020). Dukungan sosial dikaitkan dengan risiko kecemasan dan depresi yang lebih rendah di antara profesional kesehatan dan orang dewasa (Ni *et al.*, 2020).
12. Faktor lain seperti tingkat kepercayaan yang tinggi pada dokter, kemungkinan bertahan hidup, tindakan perlindungan pribadi, kepuasan dengan layanan komunikasi kesehatan, dan risiko rendah tertular Covid-19 meminimalkan risiko gangguan kesehatan mental yang merugikan selama Covid-19 (Wang *et al.*, 2020). Kebiasaan olahraga ditemukan sebagai faktor pelindung terhadap munculnya gejala depresi, kecemasan, dan stres akut pada petugas kesehatan (Li *et al.*, 2020).

RANGKUMAN

Pandemi Covid-19 adalah kejadian yang luar biasa dan menyebabkan banyak gangguan pada irama aktivitas kehidupan sehari-hari yang signifikan dibandingkan sebelum pandemi. Faktor-faktor seperti efek langsung infeksi Covid-19 dan secara tidak langsung seperti ketakutan akan terinfeksi, lesunya ekonomi, hilangnya dukungan sosial, stigma, dan lain sebagainya berperan dalam munculnya gangguan kesehatan mental selama pandemi ini. Ditemukan gejala gangguan cemas, depresi, stres pasca trauma, dan insomnia pada individu yang rentan seperti individu yang terinfeksi Covid-19, tenaga kesehatan, masyarakat umum dan beberapa kelompok pada masyarakat seperti orang tua, anak-anak, dan

orang dengan komorbid gangguan jiwa dan fisik. Dari data studi epidemiologis yang banyak disampaikan di atas menunjukkan peningkatan prevalensi gangguan kesehatan mental pada masa pandemi Covid-19 dibanding dengan masa sebelumnya. Faktor-faktor yang diduga dapat berpengaruh pada munculnya gangguan kesehatan mental pada masa pandemi ini antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan, lokasi tempat tinggal, kontak dengan penderita Covid-19, komorbiditas atau riwayat gangguan jiwa, komorbiditas dengan penyakit kronik, paparan berita dan media sosial terkait Covid-19, mekanisme *coping*, dukungan psikososial, dan lain-lain.

Untuk menekan tingginya prevalensi munculnya gejala gangguan kesehatan mental selama pandemi Covid-19 direkomendasikan beberapa hal berikut.

1. Fokus pada kesehatan psikologis individu dan diberikan intervensi psikologis yang ditargetkan melalui berbagai saluran seperti televisi, media sosial, internet, dan telepon. Untuk anak di bawah umur di bawah 18 tahun, departemen pendidikan pemerintah, sekolah dan guru harus membimbing mereka untuk memahami pandemi dengan benar. Mereka juga harus bertujuan untuk meredakan kepanikan dan ketakutan dengan membangun sikap optimis dan positif.
2. Pemerintah mengumumkan perkembangan pandemi secara terbuka dan transparan dan mengadopsi kebijakan subsidi yang tepat untuk mengurangi tekanan ekonomi pada masyarakat umum yang disebabkan oleh pandemi.
3. Media harus secara objektif melaporkan kemajuan pandemi dan meningkatkan publisitas untuk konseling psikologis.
4. Berfokus pada kesehatan psikologis orang-orang dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah. Dapat diadopsi metode yang sederhana dan mudah dipahami untuk meningkatkan upaya sosialisasi, untuk memungkinkan masyarakat umum memiliki pemahaman yang objektif tentang pandemi untuk mengurangi kepanikan dan stres yang tidak perlu.
5. Memberikan intervensi dan bantuan psikologis yang ditargetkan kepada kelompok-kelompok khusus yang rentan terpengaruh oleh pandemi. Membentuk organisasi bantuan psikologis profesional, jaminan kesehatan dan keselamatan tenaga kesehatan garis depan, secara teratur memeriksa status psikologis tenaga kesehatan, memberikan layanan intervensi psikologis bagi tenaga kesehatan dan keluarganya untuk melindungi kesehatan psikologis mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2020. *New poll: COVID-19 impacting mental well-being: Americans feeling anxious, especially for loved ones; older adults are less anxious*. Diakses dari: <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mental-well-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adults-are-less-anxious>
- Armitage, R. & Nellums, L.B. 2020. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*, 5(5):e256.
- Chew, N.W.S., Lee, G.K.H., Tan, B.Y.Q. *et al.* 2020. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*, 88:559-565. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.049
- Galea, S., Merchant, R.M. & Lurie, N. 2020. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med*, 180(6):817-818.
- Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., *et al.* 2020. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! *Asian J Psychiatr*, 49:101989. Doi:10.1016/j.ajp.2020.101989.
- Guo, Q., Zheng, Y., Shi, J. *et al.* 2020. Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: a mixed-method study. *Brain Behav Immun*, 88:17-27. Doi:10.1016/j.bbi.2020.05.038
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., *et al.* 2020. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun*, 87:100-106. Doi:10.1016/j.bbi.2020.04.069
- Helms, J., Kremer, S., Merdji, H. *et al.* 2020. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *N Engl J Med*, 382(23):2268-2270. doi: 10.1056/NEJMc2008597.
- Holmes, E.A., O'Connor, R.C., Perry, V.H. *et al.* 2020. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, 7(6):547-560.
- Hossain, M.M., Purohit, N., Sharma, R., *et al.* 2020. Suicide of a farmer amid COVID-19 in India: Perspectives on social determinants of suicidal behavior and prevention strategies. *SocArXiv*. 2020. 10.31235/osf.io/ekam3
- Huang, Y. & Zhao, N. 2020. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*, 288: 112954. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954

- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., *et al.* 2020. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 369:m1642.
- Komite Penanganan COVID 19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional. 2020. *Peta Sebaran Covid-19*. Diakses dari: <https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>.
- Lai, J., Ma S, Wang, Y., *et al.* 2020. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3):e203976.
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., *et al.* 2020. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit*, 26:e924609-1 – e924609-12. Doi: 10.12659/MSM.924609
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., *et al.* 2020. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q*, 21:1–12. Doi: 10.1007/s11126-020-09744-3
- Li, G., Miao, J., Wang, H., *et al.* 2020. Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 91(8):895–897.
- Li, X., Dai, T., Wang, H. *et al.* 2020. Clinical analysis of suspected COVID-19 patients with anxiety and depression. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 49(2):203–208. 10.3785/j.issn.1008-9292.2020.03.02 3548506.2020.1746817
- Li, X., Yu, H., Bian, G., *et al.* 2020. Prevalence, risk factors, and clinical correlates of insomnia in volunteer and at home medical staff during the COVID-19. *Brain Behav Immun*, 87:140–141. 10.1016/j.bbi.2020.05.008
- Li, Z., Ge, J., Yang, M. *et al.* 2020. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*, 88:916–919. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007.
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., *et al.* 2020. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q*, 91(3):841–852. Doi: 10.1007/s11126-020-09744-3
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., *et al.* 2020. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*, 287:112921.
- Mamun, M.A., Griffiths, M.D. 2020. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian J Psychiatry*, 51:102073. 10.1016/j.ajp.2020.102073.

- Mamun, M.A. & Ullah, I. 2020. COVID-19 suicides in Pakistan, dying off not COVID-19 fear but poverty? – The forthcoming economic challenges for a developing country. *Brain Behav Immun*, 87:163-166. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.028.
- McGinty, E.E., Presskreischer, R., Han, H. & Barry, C.L. 2020. Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020. *JAMA*, 324(1):93-94.
- Ni, M.Y., Yang, L., Leung, C.M.C., *et al.* 2020. Mental Health, Risk Factors, and Social Media Use During the COVID-19 Epidemic and Cordon Sanitaire Among the Community and Health Professionals in Wuhan, China: Cross-Sectional Survey. *JMIR Ment Heal*, 7(5):e19009. Doi: 10.2196/19009.
- Özdin, S. & Özdin, B.Ş. 2020. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*, 66(5):504-511. Doi: 10.1177/0020764020927051
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI). 2020. *Masalah Psikologis di Era Pandemi Covid-19 (Infografik)*. Diakses dari: <http://pdskji.org/home>.
- Pfefferbaum, B. & North, C.S. 2020. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*, 383:510-512.
- Potloc and Canadian Public Health Association. 2020. *Perception of Canadian health workers around the COVID-19 outbreak*. Diakses dari: <https://potloc.com/blog/en/potloc-study-canadian-health-workers-insights-front-lines-covid-19-pandemic/>
- Rogers, J.P., Chesney, E., Oliver, D., *et al.* 2020. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7(7):611-627.
- Rossi, R., Soggi, V., Pacitti, F., *et al.* 2020. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*, 3(5):e2010185.
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., *et al.* 2020. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry*, 66:1-8.
- Tan, B.Y.Q., Chew, N.W.S., Lee, G.K.H., *et al.* 2020. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med*, 173:317.
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., *et al.* 2020. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *J Affect Disord*, 274:1-7.

- United Nations. 2020. *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*. Diakses dari: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>
- Volkow, N.D. 2020. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. *Ann Intern Med*, M20-1212. 10.7326/M20-1212
- World Health Organization. 2020. *COVID-19 disrupting mental health services in most countries*, WHO survey. Diakses dari: <https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., *et al.* 2020. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 17(5):1729
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., *et al.* 2020. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*, 87:40-48. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.028.
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., *et al.* 2020. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med*, 26(1):13-22. Doi: 10.1080/13548506.2020.174681
- Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., *et al.* 2020. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr*, 174(9):898-900.
- Xiang, Y.T., Jin, Y., Cheung, T. 2020. Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 77(10):989-990.
- Yang, Y., Li, W., Zhang, Q. *et al.* 2020. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(4):e19. doi:10.1016/S2215-0366(20)30079-1
- Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., *et al.* 2020. Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. *Front Psychiatry*, 11:386. Doi: 10.3389/fpsy.2020.00386

PANDEMI COVID-19 DAN KEGAWATDARURATAN PSIKIATRI

3

Soetjipto

PENDAHULUAN

Pandemi Covid-19 telah banyak menyebabkan kematian, yang berdampak pada jutaan orang di seluruh dunia, bukan hanya karena penyebarannya yang cepat dan jumlah kematian yang signifikan, tetapi juga karena harus terjadi perubahan hidup sehari-hari yang berdampak pada hancurnya perekonomian dan perubahan sosial serta sistem kesehatan.

Pandemi Covid-19 saat ini menyebabkan peningkatan masalah kesehatan mental baik pada pasien kejiwaan maupun populasi umum. Berbagai masalah kesehatan itu antara lain adalah kegawatdaruratan psikiatri. Kegawatdaruratan psikiatri adalah gangguan akut pada perilaku, pikiran atau suasana hati seseorang, yang jika tidak diobati dapat menyebabkan kerugian/bahaya, baik untuk individu itu sendiri atau orang lain di lingkungannya. Pembahasan kegawatdaruratan psikiatri kali ini tentang gejala/tanda, diagnosis dan penatalaksanaan pada percobaan bunuh diri, keadaan gaduh gelisah, gejala ekstra piramidal akibat penggunaan obat, delirium, dan sindrom putus zat.

Berbagai masalah kesehatan yang muncul pada masa pandemi Covid-19 ini antara lain adalah kegawatdaruratan psikiatri. Kegawatdaruratan psikiatri adalah gangguan akut pada perilaku, pikiran atau suasana hati seseorang, yang jika tidak diobati dapat menyebabkan kerugian/bahaya, baik untuk individu itu sendiri atau orang lain di lingkungannya. Kegawatdaruratan dapat diklasifikasikan sebagai gangguan mayor, jika membahayakan bagi kehidupan baik pasien atau orang lain di sekitarnya, sedangkan termasuk gangguan minor bila tidak ada ancaman bagi kehidupan, tetapi menyebabkan ketidakmampuan yang parah.

Diperlukan keterampilan dalam asesmen dan teknik evaluasi untuk membuat diagnosis kerja. Dalam pelaksanaannya sering diperlukan pemeriksaan fisik dan laboratorium yang sesuai dan memadai. Kerja sama dalam suatu tim adalah bentuk pelayanan yang paling diharapkan untuk hasil optimal. Pendekatan *consultation-liaison psychiatry* bermanfaat untuk beberapa penanganan kasus-kasus kegawatdaruratan, seperti tindakan bunuh diri, delirium, sindrom neuroleptik maligna, dan lain-lain.

Tujuan pelayanan kegawatdaruratan psikiatri adalah untuk 1) memberikan perawatan tepat waktu atas kegawatdaruratan psikiatri, 2) adanya akses perawatan yang bersifat lokal dan berbasis masyarakat, 3) menyingkirkan etiologi perilaku pasien yang mungkin mengancam nyawa atau meningkatkan morbiditas medis, dan 4) berjalannya kesinambungan perawatan (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017).

Dokter masa kini perlu mengembangkan perannya untuk menjadi bagian dari ruang gawat-darurat psikiatrik. Kasus yang datang meminta pertolongan sangat bervariasi. Ada yang sekedar ingin meminta resep, ada yang memerlukan teman bicara, hingga yang merupakan kasus-kasus psikiatrik, seperti: gangguan panik, gangguan akibat kondisi medik umum (misalnya delirium, intoksikasi), skizofrenia atau gangguan psikosis akut, dan lain-lain (Heriani; Kusumadewi, Irmia; Siste, 2010).

Kegawatdaruratan psikiatrik yang akan dibahas kali ini adalah sebagai berikut.

1. Percobaan bunuh diri.
2. Kondisi gaduh gelisah.
3. Gejala ekstra piramidal akibat penggunaan obat.
4. Delirium.
5. Sindrom putus zat.

EPIDEMIOLOGI

Sampai saat ini, ketika makalah ini dibuat (akhir Januari 2021), pandemi Covid-19 telah dicatat dan dilaporkan oleh WHO (World Health Organization), menyebabkan lebih dari 100 juta kasus terkonfirmasi positif Covid-19, dengan angka kematian lebih dari 2 juta orang (WHO, 2021).

Pandemi penyakit *Coronavirus* 2019 (Covid-19) telah berdampak besar pada kehidupan jutaan orang di seluruh dunia tidak hanya karena penyebarannya yang cepat dan kematian yang signifikan, tetapi juga karena perubahan dalam kehidupan sehari-hari, dampak yang menghancurkan ekonomi dan reformulasi mendalam dari struktur sosial dan sistem kesehatan (Gonçalves-Pinho *et al.*, 2020).

Pandemi Covid-19 yang telah melanda seluruh dunia menyebabkan banyak negara menerapkan langkah-langkah pengendalian nasional yang ketat untuk menghentikan penyebaran virus, salah satunya adalah penutupan universitas dan beralih ke pengajaran jarak jauh. Dari studi yang dilakukan di Jordania, dari 380 dosen yang menjadi responden didapatkan 31,4% responden mengalami *distress* berat dan 38,2% mengalami *distress* ringan hingga sedang. Menariknya, sebagian besar dosen memiliki motivasi sedang hingga tinggi untuk pengajaran jarak jauh. Lebih dari separuh responden sangat khawatir dan takut tentang infeksi SARS-CoV-2 (Akour *et al.*, 2020).

Sementara itu survei berbasis populasi dari Cina selama puncak pandemi menunjukkan kecemasan, depresi, dan penggunaan alkohol yang dilaporkan oleh sekitar sepertiga responden. Dewasa muda (18–40 tahun), orang tua, wanita, dan individu yang lebih berpendidikan dilaporkan paling tinggi tingkat kesulitannya. Sedangkan survey kesehatan mental populasi umum di Inggris menunjukkan bahwa sekitar 33% individu memenuhi kriteria untuk gangguan mental (terutama depresi dan kecemasan) selama pandemi Covid-19 (Ferrando *et al.*, 2020).

Beberapa studi menunjukkan bahwa pandemi Covid-19 dikaitkan dengan *distress*, kecemasan, ketakutan tertular, depresi, dan insomnia di populasi umum, sedangkan di antara profesional kesehatan, isolasi sosial, kecemasan, ketakutan tertular, ketidakpastian, *distress* kronis, dan kesulitan ekonomi dapat menyebabkan perkembangan atau eksaserbasi depresi, kecemasan, penggunaan zat, dan gangguan kejiwaan lainnya dalam populasi rentan, termasuk individu dengan gangguan kejiwaan yang sudah ada sebelumnya dan orang-orang yang tinggal di daerah dengan prevalensi Covid-19 yang tinggi (Sher, 2020).

Tekanan psikologi yang tidak teratasi dapat menyebabkan berbagai masalah psikologis seperti kecemasan, ketakutan, depresi, dan insomnia. Intervensi krisis psikologis memainkan peranan penting dalam penerapan pengendalian penyakit secara keseluruhan (Li *et al.*, 2020).

Kondisi kejiwaan terkait stres termasuk suasana hati dan gangguan penggunaan zat dikaitkan dengan perilaku bunuh diri. Orang yang selamat dari Covid-19 mungkin juga berisiko tinggi untuk bunuh diri. Krisis Covid-19 dapat meningkatkan angka bunuh diri selama dan setelah pandemi. Konsekuensi kesehatan mental dari krisis Covid-19, termasuk perilaku bunuh diri, cenderung muncul untuk waktu yang lama dan mencapai puncaknya setelah pandemi yang sebenarnya (Sher, 2020).

Dalam hubungannya dengan sindrom neuroleptik maligna, laporan otopsi beberapa pasien Covid-19 telah menunjukkan jaringan otak yang hiperemik dan edematosa dengan bukti degenerasi saraf. Gejala ini biasanya ditemukan pada penderita infeksi Covid-19 parah. Selain faktor risiko penggunaan neuroleptik, ada kemungkinan bahwa infeksi Covid-19 membuat pasien lebih rentan terhadap perkembangan sindrom neuroleptik maligna (Chandrasekaran & Fernandes, 2020).

Berikutnya, pasien dengan Covid-19 berisiko lebih tinggi mengalami delirium karena disebabkan oleh setidaknya tujuh faktor seperti 1) invasi langsung pada sistem saraf pusat (SSP), 2) induksi mediator inflamasi SSP, 3) efek sekunder dari kegagalan sistem organ lain, 4) efek pemberian sedatif, 5) waktu penggunaan ventilator yang lama, 6) imobilisasi, dan 7) kebutuhan lingkungan yang tidak terpenuhi, termasuk isolasi sosial dan karantina tanpa keluarga (Andrews & Benken, 2020).

PERSIAPAN TEMPAT LAYANAN

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam mempersiapkan tempat pelayanan ke-daruratan psikiatri dijelaskan oleh Heriani, Kusumadewi, Irmia & Siste (2010) sebagai berikut.

1. Keamanan. Terdapat tim yang terpadu dalam berbagai disiplin ilmu, jumlah staf yang bertugas harus cukup yang terdiri atas psikiater dan/atau dokter umum, perawat, pembantu perawat, serta idealnya terdapat juga pekerja sosial. Pembagian tanggung jawab yang spesifik harus selalu jelas dan dilaksanakan secara baik dan benar oleh setiap anggota tim. Sangat diperlukan jalur komunikasi dan otoritas yang jelas.
2. Pemisahan ruang secara spesifik. Anak dan remaja sebaiknya dilayani di ruang terpisah, yaitu di ruang anak dan remaja. Bila terdapat risiko terjadinya manifestasi perilaku atau keadaan tidak memungkinkan, pasien bisa saja dilayani di tempat dewasa atau di tempat pertama kali pasien datang. Pasien dengan tindak kekerasan atau agitatif dipisah dari pasien non-agitatif. Ruang isolasi dan fiksasi harus terletak dekat ruang perawat agar dapat dilakukan pengawasan yang ketat.
3. Akses langsung dan mudah ke tempat ruang gawat darurat medik lainnya serta pelayanan diagnostik penunjang sangat diperlukan karena 5–30% kondisi medik umum menunjukkan manifestasi psikiatrik.

4. Obat-obatan psikofarmaka harus lengkap tersedia. Alat fiksasi serta ruang evaluasi diusahakan yang memadai.
5. Tim yang bertugas harus mempunyai kepakaran yang spesifik dan siap bertindak segera pada saat yang tepat. Keamanan harus diperlakukan sebagai hal klinis dan dilaksanakan oleh staf klinik dan bukan oleh petugas keamanan.
6. Seluruh staf harus mengerti bahwa pasien sedang dalam keadaan *distress* fisik dan kondisi emosional yang rapuh. Pengharapan dan fantasinya seringkali tidak realistis dan ini akan memengaruhi responsnya terhadap terapi. Oleh karena itu, setiap tindakan yang dilakukan perlu didiskusikan, baik dengan pasiennya sendiri maupun dengan keluarga.
7. Sikap, perilaku staf, dan pasien, harus dijaga dan dipahami mulai saat pasien masuk ke dalam ruang gawat darurat. Tindak kekerasan tidak dapat dibenarkan atau ditolerir, baik oleh pasien maupun staf di tempat pelayanan kegawatdaruratan.

STANDAR PERLINDUNGAN DOKTER DI MASA PANDEMI COVID-19

Dokter/Psikiater yang melayani kegawatdaruratan psikiatri umumnya bertempat di Unit Gawat Darurat/Instalasi Gawat Darurat (UGD/ IGD). Dalam memberikan pelayanan di tempat ini, dokter akan kontak langsung dengan pasien yang belum diketahui status terinfeksi Covid-19 atau tidak, sehingga perlu menerapkan pengendalian risiko transmisi tingkat sedang. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengendalian risiko transmisi tingkat sedang, sesuai dengan pedoman perlindungan dokter masa pandemi Covid-19 dijelaskan oleh PB IDI (2020) sebagai berikut.

1. Pengendalian Teknik
 - a. Ventilasi ruangan dan arah aliran udara yang baik (minimal 6× pergantian udara per jam).
 - b. *Barrier* mika di meja periksa dokter.
 - c. Penanda jarak 1 meter antara meja dokter dan kursi pasien.
 - d. HEPA *filter portable*.
 - e. Inaktivasi virus Covid-19 dengan memasang lampu UV-C.
 - f. Pemisahan tempat pakai dan lepas APD.
 - g. Pemeliharaan sistem HVAC.

2. Pengendalian Administratif

- a. Triase pasien dengan anamnesis dan pemeriksaan suhu.
- b. Dokter yang berusia lebih 60 tahun tidak direkomendasikan baik praktik pribadi maupun di fasilitas kesehatan melayani pasien Covid-19.
- c. Pembatasan tempat praktik dokter terfokus satu tempat menghindari kelelahan karena jam kerja panjang dan *cross infection* antar fasilitas kesehatan di masa pandemi dan apabila dalam kondisi benar-benar kekurangan SDM dapat direkomendasikan maksimal 2 tempat praktik.
- d. Pembatasan waktu komunikasi atau konsultasi langsung dengan pasien maksimal 15 menit dan jika memerlukan waktu lebih banyak dapat menggunakan media daring (*online/telemedicine*).
- e. Pengaturan kebijakan terkait pengendalian infeksi pada pasien seperti pembatasan jumlah pengunjung dan pemberian penanda jarak 1 (satu) meter pada kursi tunggu pasien serta penggunaan masker pada pasien.
- f. SPO dan pelatihan PPI seperti *hand hygiene*, etika batuk, penggunaan dan pelepasan APD, pengaturan tempat APD kotor *disposable* maupun *reusable*, sterilisasi APD *reusable*, penyimpanan APD *reusable*, desinfeksi dan dekontaminasi, penanganan linen, serta pembuangan limbah.
- g. Pengaturan jam kerja
 - *Non-shift*: 40 jam seminggu (waktu kerja 7–8 jam per hari dan tidak melebihi 12 jam sehari).
 - *Shift: metropolitan rota* (2 pagi – 2 siang – 2 malam) atau *continental rota* (2 pagi – 2 siang – 3 malam) diikuti istirahat 1 atau 2 hari.
- h. Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pra-penempatan pelayanan Covid-19 termasuk diantaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR), untuk mengetahui status kesehatan kerja atau kelaikan kerja untuk dokter dengan komorbid atau kondisi khusus seperti kehamilan sebelum ditugaskan memberikan pelayanan pasien Covid-19.
- i. Pembiayaan pemeriksaan MCU (*medical check-up*) berkala, jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja termasuk penyakit akibat kerja, jaminan kematian dokter, dan kompensasi selama masa karantina atau isolasi.
- j. Mendapatkan fasilitas pemeriksaan kesehatan pada akhir penempatan pelayanan Covid-19, termasuk di antaranya adalah pemeriksaan SARS-CoV-2 (RT-PCR).
- k. Pengaturan gizi dokter dan olahraga.

- l. Protokol kesehatan pertemuan, seperti pembatasan jumlah peserta rapat sesuai kapasitas ruangan dengan jarak tempat duduk peserta rapat minimal 1 meter, penggunaan media *virtual* (secara daring) untuk rapat, tidak mengadakan acara makan bersama saat rapat, pembatasan waktu rapat.
 - m. Saat istirahat dan melaksanakan ibadah mengikuti protokol kesehatan, seperti saat makan tidak saling berhadap-hadapan, dengan peralatan makan masing-masing, dan tidak prasmanan.
 - n. SPO rujukan Covid-19.
 - o. Melakukan penatalaksanaan kembali bekerja (*return to work*) dokter pasca sakit.
 - p. Melakukan penentuan penyakit akibat kerja pada dokter yang terkena Covid-19 akibat kerja (sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No.HK.01.07/Menkes/ 327/2020 tentang Penetapan Covid-19 Akibat Kerja sebagai Penyakit Akibat Kerja yang Spesifik pada Pekerjaan Tertentu).
3. Alat Pelindung Diri
- Dokter/Psikiater yang melayani kegawatdaruratan psikiatri di Unit Gawat Darurat/Instalasi Gawat Darurat (UGD/ IGD) dan dokter yang memiliki kontak langsung dengan pasien yang belum diketahui status terinfeksi Covid-19 atau tidak, sebaiknya menggunakan alat pelindung diri level 2 (penutup kepala, pelindung mata dan wajah, masker bedah, baju/pakaian jaga, gown, sarung tangan lateks, pelindung kaki) dan dokter diharapkan membawa baju ganti sebelum pulang ke rumah.

EVALUASI PASIEN

Tujuan utama dalam evaluasi pasien kegawatdaruratan psikiatrik adalah menilai kondisi pasien yang sedang dalam keadaan kritis secara cepat dan tepat. Dengan tugas di unit gawat darurat yang sifatnya sering tidak terduga, banyaknya pasien dengan keluhan-keluhan fisik dan emosional, terbatasnya waktu dan ruang, serta fasilitas penunjang, diperlukan pendekatan yang pragmatis terhadap pasien. Pendekatan pragmatis tersebut bertujuan untuk 1) menentukan diagnosis awal, 2) melakukan identifikasi faktor-faktor presipitasi dan kebutuhan segera sang pasien, serta 3) memulai terapi atau merujuk pasien ke fasilitas yang sesuai.

Evaluasi yang diperlukan pada kegawatdaruratan psikiatri adalah sebagai berikut.

1. Riwayat terjadinya gangguan. Dokter perlu fokus pada pencetus atau penyebab dan keadaan yang membawa pasien ke unit gawat darurat. Mungkin perlu untuk mendapatkan informasi dari berbagai sumber seperti keluarga, teman, atau personel ambulans. Perlu juga ditanyakan tentang pengobatan psikiatri sebelumnya, gangguan kejang, penyalahgunaan zat, dan upaya bunuh diri baru-baru ini, termasuk kemungkinan menelan obat-obatan.
2. Pemeriksaan fisik. Dilakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh, termasuk pemeriksaan neurologis. Tanda vital lengkap sangat penting. Cari petunjuk fisik yang menjadi sumber perubahan status mental, seperti adanya cedera kepala, penggunaan napza, atau over dosis. Perlu menilai pasien akibat perilaku yang merugikan, seperti malnutrisi atau dehidrasi.
3. Pemeriksaan status mental. Penting untuk mendokumentasikan pemeriksaan status mental pada pasien yang datang dengan kegawatdaruratan psikiatrik. Penilaian status mental harus mencakup fungsi global/menyeluruh, gangguan pikiran, gangguan *mood*, dan gangguan kepribadian.
4. Fungsi global. Dilakukan penilaian pasien untuk orientasi umum (orang, tempat, waktu, alasan kunjungan), daya ingat (jangka pendek dan panjang), pertimbangan dan konsentrasi.
5. Gangguan pikiran. Perlu dinilai apakah ada pikiran abnormal seperti: mendengar suara, mengalami halusinasi perintah, atau memiliki pikiran paranoid.
6. Gangguan *mood*/suasana hati. Dokter perlu mengkaji pasien untuk mencari bukti adanya depresi atau mania. Bandingkan kesesuaian suasana hati pasien yang dinyatakan dengan kondisi nyata saat itu. Carilah petunjuk seperti emosi yang labil atau emosi yang tidak seimbang secara ekstrem.
7. Gangguan kepribadian. Perlu menilai apakah perilaku pasien saat ini adalah gangguan psikiatrik akut yang disebabkan dekomposisi dalam fungsi normalnya atau representasi dari pola perilaku maladaptif yang berasal dari gangguan kepribadian.
8. Tes laboratorium. Rekomendasi evaluasi laboratorium diberikan berdasarkan riwayat sebelumnya dan adanya temuan fisik. Pemeriksaan berikut dapat membantu dalam evaluasi pasien dengan kegawatdaruratan psikiatrik jika riwayat dan fisik menunjukkan penyebab organik: panel elektrolit dengan glukosa, oksimetri nadi, pemeriksaan toksikologi (darah dan urine), tingkat etanol darah, tes fungsi hati, pemindaian tomografi terkomputerisasi (CT) kepala, elektrokardiogram (EKG), dan tes fungsi tiroid.

PERCOBAAN BUNUH DIRI

Sebagai gambaran awal, tingkat bunuh diri di India adalah 11,2 per 100.000 pada tahun 2002. Angka ini bervariasi di setiap negara dengan negara bagian yang lain. Tingkat bunuh diri di Angkatan Darat, Angkatan Udara, dan personel Angkatan Laut adalah 0,04, 0,11 dan 0,12 per seribu masing-masing. Tingkat bunuh diri lebih tinggi di perkotaan daripada di pedesaan. Studi tentang bunuh diri menunjukkan bahwa 90,94% pasien mengalami gangguan jiwa saat melakukan tindakan bunuh diri.

Depresi menyumbang hampir setengah dari jumlah tersebut dari pasien yang bunuh diri diikuti dengan penyalahgunaan alkohol (34%) dan skizofrenia (13%). Kebanyakan orang yang mencoba bunuh diri berada dalam kelompok usia dari 15–30 tahun dan diperkirakan akan meningkat lebih lanjut itu tahun-tahun berikutnya. Angka bunuh diri juga meningkat pada pengangguran dan mereka yang menderita penyakit fisik. Pria lebih banyak melakukan bunuh diri daripada wanita, meskipun lebih banyak wanita yang mencobanya (Sudarsanan *et al.*, 2004).

Tanda, Gejala dan Diagnosis

Faktor psikososial yang memengaruhi bunuh diri antara lain lingkungan rumah yang kacau, kehilangan mendadak (kematian, perceraian, pekerjaan, keuangan), peristiwa kehidupan yang memalukan, tidak setia pada pasangan, HIV, dan masalah hukum. Di usia muda, bunuh diri sering terjadi setelah pengumuman hasil ujian dan dinyatakan tidak lulus. Gejala yang paling umum pada pasien adalah keputusan yaitu keyakinan bahwa tidak ada tindakan yang dapat menyelamatkan pasien dari trauma yang mungkin dia alami. Mayoritas (56%) mencoba bunuh diri sebagai pelarian diri dari situasi yang tak tertahankan, 13% melakukannya akibat ada perubahan pada orang lain atau lingkungan, dan sisanya memiliki kombinasi keduanya (Sudarsanan *et al.*, 2004).

Penatalaksanaan

Semua pasien psikiatri perlu ditanyai tentang keinginan bunuh diri sebagai bagian dari penilaian rutin. Perilaku menyakiti diri sendiri sebelumnya adalah prediktor paling kuat dari upaya bunuh diri di masa depan. Perlu dipahami dengan jelas bahwa menanyakan tentang upaya bunuh diri tidak memprovokasi pasien untuk bunuh diri atau menanamkan ide untuk bunuh diri. Banyak pasien yang merasa lega saat ditanyai tentang ide-ide bunuh diri dan dijelaskan bahwa ide-ide mereka adalah bagian dari penyakit. Seandainya pasien sudah datang

dalam keadaan darurat dengan riwayat percobaan bunuh diri maka pertama-tama perlu memeriksa kondisi medis pasien untuk menilai risiko hidup dan dirawat di ICU di bawah pengawasan sampai kondisi medis stabil. Kesempatan paling awal dirujuk untuk penilaian kondisi pasien oleh psikiater.

Pilihan terapi yang akan dilakukan berdasarkan penilaian risiko bunuh diri yang didapatkan melalui evaluasi psikiatrik. Intervensi psikososial diperlukan untuk mencapai perbaikan dalam hubungan interpersonal, keterampilan koping, fungsi psikososial, dan manajemen afek. Beberapa konsensus klinis yang menunjukkan bahwa intervensi psikososial dan psikoterapi spesifik memiliki manfaat untuk mengurangi risiko bunuh diri (Jacobs & Brewer, 2004; Jacobs *et al.*, 2003).

Klinisi hendaknya memperhatikan isu-isu berikut ini untuk perencanaan penatalaksanaan segera, yaitu 1) *do no harm*. Jangan berikan obat-obatan kepada pasien yang mempunyai potensi toksik dan overdosis; 2) hindarkan pasien dari hal-hal dan benda-benda berbahaya yang bisa menyebabkan bunuh diri berulang; 3) berikan harapan kepada pasien. Klinisi hendaknya mencoba untuk membantu pasien memahami masalahnya dan membantu untuk penyelesaiannya (Allen *et al.*, 2002; Riba *et al.*, 2010).

Pasien yang sangat ingin bunuh diri yang mengalami depresi perlu diterapi dengan terapi elektro konvulsi (ECT). Terapi ini memiliki tingkat respons keseluruhan 75–85%. Pada pasien skizofrenia, selain ECT, antipsikotik atipikal, misalnya *clozapine* dilaporkan memiliki efek antidepresan dan anti-bunuh diri yang spesifik. Bila pasien dalam kondisi depresi, anti depresan SSRI perlu diberikan untuk mengurangi depresinya, tetapi pemantauan ide-ide bunuh diri perlu dilakukan secara ketat.

Pada pusat intervensi krisis, konselor dapat memberikan konseling bagi orang yang berniat bunuh diri untuk melakukan ventilasi tentang masalah yang dialami, kemudian dilanjutkan dengan mencari bantuan profesional. Namun secara ilmiah, validitas kegunaannya masih diragukan (Sudarsanan *et al.*, 2004).

Penilaian risiko penting sebagai bagian dari setiap penilaian kejiwaan, dan terlebih lagi di UGD. Kebanyakan rujukan di UGD ke psikiatri adalah untuk penilaian risiko bunuh diri. Memprediksi bunuh diri adalah sebuah sains yang tidak mudah, dan psikiater mempunyai tugas menentukan tingkat risiko dan apakah pasien aman untuk dipulangkan atau dibutuhkan sebuah perawatan atas dasar sukarela atau tidak sukarela. Penentuan risiko bunuh diri mencakup berbagai diagnosis yang kompleks dan kondisi klinis saat itu. Dalam penilaian itu perlu menentukan tingkat risiko pasien yang muncul sebagai bunuh diri kronis, dengan

melukai diri sendiri tapi tidak ada niat yang jelas, atau sebagai bunuh diri akut (Ferrando *et al.*, 2020).

Untuk mengurangi angka bunuh diri selama krisis Covid-19, sangat penting untuk mengurangi stres, kecemasan, ketakutan, dan kesepian pada populasi umum. Harus ada kampanye tradisional dan media sosial untuk mempromosikan kesehatan mental dan mengurangi tekanan. Penjangkauan aktif diperlukan, khususnya untuk orang dengan riwayat gangguan kejiwaan, penyintas Covid-19, dan orang dewasa yang lebih tua.

GADUH GELISAH

Pasien gaduh gelisah dengan potensi melakukan kekerasan adalah bahaya yang sering dihadapi di ruang gawat darurat. Keadaan gaduh-gelisah dapat dimasukkan ke dalam golongan kegawatdaruratan psikiatrik bukan karena frekuensinya, namun karena keadaan ini berbahaya, baik bagi pasien sendiri maupun bagi lingkungannya, termasuk orang dan benda di sekitar pasien. Risiko terjadinya tindak kekerasan sangat tinggi di masyarakat. Akses ke senjata dan penyalahgunaan alkohol/napza menjadi salah satu faktor yang menyebabkan meningkatnya tindak kekerasan. Gangguan jiwa spesifik dan gangguan medis sering juga terkait dengan perilaku kekerasan pada gaduh gelisah.

Tanda, Gejala dan Diagnosis

Beberapa ciri yang dapat memprediksi pasien untuk melakukan kekerasan adalah: pengangguran muda (usia < 40 tahun), pria, dengan status sosial ekonomi rendah, riwayat kekerasan, dan tidak patuh pada pengobatan. Selanjutnya ancaman penyerangan juga perlu diwaspadai bila pasien mengalami kemarahan, menuntut perhatian segera, suara nyaring, kegembiraan yang berlebihan, menatap mata, lubang hidung melebar, wajah memerah, tangan mengempal atau mencengkeram, mondar-mandir di dalam ruangan, memiliki senjata, mendorong peralatan di sekitarnya, perilaku tidak sopan, kecurigaan, membanting benda, dan gerakan tiba-tiba (Sudarsanan *et al.*, 2004).

Penatalaksanaan

Dokter kegawatdaruratan mungkin menemui pasien yang mengancam atau menunjukkan perilaku kekerasan terhadap staf. Dalam kasus ini, penting untuk mengenali tanda-tanda peringatan dini dari kekerasan yang akan dilakukan dan

menerapkan pendekatan manajemen yang mengurangi kemungkinan cedera pada staf dan pasien. Tanda-tanda peringatan awal dari kekerasan yang akan dilakukan termasuk: pernyataan yang mengancam, kepalan tangan, suara yang keras, posisi tubuh yang bergeser ke arah postur bertarung, gerakan-gerakan yang gelisah, dan pemukulan benda mati. Jika perilaku seperti itu terdeteksi, gunakan pendekatan *S.A.F.E.S.T* (Keith Stone, 2011).

1. *Spacing*—jaga jarak dari pasien. Izinkan pasien dan Anda memiliki akses yang sama ke pintu. Jangan menyentuh orang yang melakukan kekerasan.
2. *Appearance*—pertahankan hubungan profesional yang berempati. Gunakan satu narahubung utama untuk membangun hubungan. Siapkan staf keamanan untuk menunjukkan kekuatan.
3. *Focus*—perhatikan tangan pasien apakah membawa senjata. Waspadai meningkatnya agitasi.
4. *Exchange*—menunda dengan tenang, pembicaraan terus-menerus sangat penting untuk meredakan situasi. Hindari pernyataan yang menghukum atau menghakimi. Gunakan keterampilan mendengarkan yang baik. Targetkan menyelesaikan masalah atau situasi saat ini tanpa memermalukan pasien, untuk penyelesaian dan mendapatkan kerja sama pasien dalam pengobatan.
5. *Stabilization*—jika perlu, gunakan tiga teknik stabilisasi untuk mengendalikan situasi: pengekangan fisik, sedasi, dan pengekangan kimiawi.
 - a. Pengekangan fisik—setelah situasi memungkinkan, disarankan untuk melakukan pengekangan/fiksasi pasien yang melakukan kekerasan atau gelisah demi keamanan. Kegiatan ini paling baik dilakukan oleh petugas keamanan terlatih yang juga harus mencari senjata pasien.
 - b. Sedasi—jika agitasi berlanjut, sedasi paling baik dicapai dengan pemberian lorazepam 1–2 mg (atau diazepam 10 mg) secara intramuskular atau intravena. Dosis dapat diulangi untuk mencapai efek sambil memantau efek samping termasuk depresi pernapasan.
 - c. Pengekangan kimiawi—pengekangan kimiawi paling baik dicapai dengan neuroleptik. Untuk pasien yang tidak berespons terhadap sedatif, haloperidol 5 mg dapat diberikan secara intramuskuler. Pada pasien usia lanjut, yang terbaik adalah memulai dengan dosis yang lebih rendah dan meningkatkan dengan peningkatan 1–2 mg. Dosis dapat diulang setiap 30 menit sampai pasien lebih terkontrol. Waspadai munculnya gejala ekstrapiramidal, aktivitas kejang, atau sindrom neuroleptik maligna.

6. *Treatment*—setelah pasien lebih mudah ditangani, mulai pengobatan berdasarkan gejala pasien. Pasien mungkin menolak pengobatan dan mungkin perlu mendapatkan pengobatan secara sukarela demi keamanannya sendiri.

SINDROM EKSTRAPIRAMIDAL AKIBAT PENGGUNAAN OBAT

Sindrom ekstrapiramidal adalah kumpulan gejala yang muncul akibat adanya gangguan pada sistem ekstrapiramidal di otak. Sistem ekstrapiramidal di otak berperan dalam mengatur gerakan-gerakan *involunter* seperti mengedipkan mata. Sindrom ekstrapiramidal biasanya muncul akibat efek samping obat antipsikotik. Gejala dari sindrom ekstrapiramidal sangat bervariasi mulai dari gejala ringan hingga kondisi yang mengancam nyawa.

Tanda, Gejala dan Diagnosis

Tanda dan gejala sindrom ekstra piramidal dijelaskan oleh Black (2018) sebagai berikut.

1. *Tardive dyskinesia (TD)* terdiri dari gerakan abnormal mulut dan lidah yang tidak dapat dikendalikan. Bagian tubuh lain juga dapat terpengaruh. Pergerakan umumnya ringan, tetapi beberapa pasien memiliki gerakan yang cukup berat hingga mengganggu aktivitasnya.
2. *Akathisia* juga merupakan bentuk sindrom ekstra piramidal yang cukup umum, dapat muncul segera setelah pengobatan antipsikotik dimulai. Kondisi ini menyebabkan perasaan cemas/tegang, gelisah, dan agitasi.
3. Pseudoparkinsonisme, biasanya membutuhkan waktu 3 minggu atau lebih untuk dapat dirasakan. Pasien menunjukkan gejala khas penyakit parkinson, termasuk tremor, kaku, dan hipokinesia.
4. Reaksi distonia akut biasanya terjadi selama 4 hari pertama pengobatan, melibatkan kontraksi otot leher, mulut, lidah, atau kadang-kadang kelompok otot lain yang menimbulkan stres dan rangsang nyeri.

Penatalaksanaan

Dalam penatalaksanaan sindrom ekstra piramidal, mulailah dengan mengurangi dosis antipsikotik. Bila memungkinkan, pengobatan diganti dengan antipsikotik generasi 2 yang memiliki potensi lebih kecil untuk menyebabkan sindrom ekstra

piramidal. Jika langkah-langkah ini gagal, pertimbangkan untuk menggunakan antikolinergik, *amantadine*, atau *propranolol* sebagai tambahan. Efek samping dari obat antikolinergik adalah mulut kering, penglihatan kabur, kekakuan, dan keragu-raguan berkemih.

Diphenhydramine (25–50 mg IM) bekerja dalam 20–30 menit untuk mengurangi reaksi distonik akut. Lorazepam (1–2 mg IM) juga dapat diberikan.

Amantadine terutama berguna untuk mengobati gejala pseudoparkinsonisme, seperti tremor, kekakuan, dan hipokinesia. Pengobatan dimulai pada 100 mg/hari dan dosis ditingkatkan menjadi 200–300 mg/hari. Efek samping meliputi potensi hipotensi ortostatik, *livedo reticularis*, edema pergelangan kaki, gangguan gastrointestinal, dan halusinasi visual.

Propranolol (10–20 mg, 3–4 kali sehari) dan *beta-blocker* lainnya dapat diberikan untuk mengobati akathisia, yang biasanya tidak atasi dengan obat antikolinergik. *Clonidine* (0,2–0,8 mg/hari, dalam dosis terbagi) dan agonis reseptor α_2 juga telah digunakan untuk mengobati akathisia. Hipotensi ortostatik dan sedasi adalah efek samping utama.

DELIRIUM

Delirium cukup umum terjadi pada saat pasien masuk ke rumah sakit dengan kisaran prevalensi antara 14–24%, yang selanjutnya meningkat selama rawat inap menjadi 6–56%. Prevalensi ini meningkat dengan adanya faktor lain, seperti usia, penggunaan obat, dan adanya komorbiditas. Meskipun demikian, delirium seringkali tidak disadari oleh tenaga medis profesional. Perkiraan kesalahan diagnosis ini antara 40–60%. Dalam banyak kasus, perkembangan delirium dipengaruhi banyak faktor, termasuk stres atau trauma sistem saraf pusat (SSP), toksisitas atau gejala putus zat dan gangguan metabolisme yang timbul dari kegagalan organ. Terlepas dari banyaknya etiologi itu, patofisiologi yang mendasari delirium masih belum dipahami dengan jelas (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017).

Adapun beban yang ditanggung penderita delirium meliputi: peningkatan asuhan keperawatan, bertambah lama tinggal di rumah sakit, meningkatnya risiko penurunan kognitif, meningkatnya risiko penurunan fungsi, meningkatnya angka kematian, penundaan mobilisasi pasca operasi, terhambatnya rehabilitasi dini, meningkatkan tingkat penempatan panti jompo, meningkatnya kebutuhan akan

layanan *home care*, meningkatnya tekanan pada pengasuh, dan hambatan psiko-sosial pada pasien yang sakit parah.

Berbagai spesialisasi telah menggunakan istilah yang berbeda untuk menyebut delirium, misalnya ensefalopati dan sindrom otak akut dan *acute confusional state*, *toxic metabolic state*, *central nervous system toxicity*, *paraneoplastic limbic encephalitis*, *sundowning*, *cerebral insufficiency*, *organic brain syndrome*, dan lainnya.

Tanda, Gejala, dan Diagnosis

Delirium ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran dan kognisi secara akut dengan gangguan perhatian tertentu. Pasien sering mengalami gangguan persepsi, aktivitas psikomotorik abnormal dan gangguan siklus tidur serta dapat mengancam nyawa. Karena prevalensinya tinggi di antara populasi pasien rawat inap (terutama geriatri), sulit dikenali, dan angka kematian juga tinggi, delirium secara signifikan menjadi komplikasi prognosis dan pemberian perawatan kesehatan.

Diagnosis delirium berdasarkan PPDGJ III dijelaskan oleh Maslim (2013) sebagai berikut.

1. Gangguan kesadaran dan perhatian
 - a. Dari taraf kesadaran berkabut sampai dengan koma.
 - b. Menurunnya kemampuan untuk mengarahkan, memusatkan, mempertahankan, dan mengalihkan perhatian.
2. Gangguan kognitif secara umum
 - a. Distorsi persepsi, ilusi dan halusinasi-seringkali visual.
 - b. Hendaya daya pikir dan pengertian abstrak, dengan atau tanpa waham yang bersifat sementara, tetapi sangat khas terdapat inkoherensi yang ringan.
 - c. Hendaya daya ingat segera dan jangka pendek, namun daya ingat jangka panjang masih utuh.
 - d. Distorsi waktu, pada kasus yang berat, terdapat juga disorientasi tempat dan orang.
3. Gangguan psikomotor
 - a. Hipo- atau hiperaktivitas dan pengalihan aktivitas yang tidak terduga dari satu ke yang lain.
 - b. Waktu bereaksi yang lebih panjang.
 - c. Arus pembicaraan yang bertambah atau berkurang; reaksi terperanjat meningkat.
4. Gangguan siklus tidur-bangun

- a. Insomnia atau, pada kasus yang berat, tidak dapat tidur sama sekali atau terbaliknya siklus tidur-bangun; mengantuk pada siang hari.
 - b. Gejala yang memburuk pada malam hari.
 - c. Mimpi yang mengganggu atau mimpi buruk, yang dapat berlanjut menjadi halusinasi setelah bangun tidur.
5. Gangguan emosional, misalnya depresi, ansietas atau takut, lekas marah, *euphoria*, apatis, atau rasa kehilangan akal.
 6. Onset biasanya cepat, perjalanan penyakit biasanya hilang-timbul sepanjang hari, dan keadaan itu berlangsung kurang dari 6 bulan.

Penatalaksanaan

Berikut dijelaskan penatalaksanaan delirium, baik secara non-farmakologik maupun farmakologik.

Penatalaksanaan non-farmakologik

Intervensi non-farmakologis harus menjadi lini pertama dalam pengelolaan pasien dengan dugaan delirium. Intervensi tersebut termasuk memodifikasi lingkungan sekitar pasien untuk memaksimalkan keamanan dan ketenangan pasien sehingga memberikan jaminan dan mengurangi ketakutan dan agitasi terkait dengan delirium. Perubahan lingkungan juga dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk menafsirkan lingkungan dengan tepat, sebagai contoh, pasien dengan kacamata dan alat bantu dengar harus memiliki perangkat ini pada saat yang sesuai. Kertas dan pensil harus disediakan untuk perbaikan komunikasi ketika pasien tidak dapat menanggapi secara lisan karena intubasi. Kamar dengan pemandangan jendela akan memberikan orientasi. Tindakan lain termasuk menghindari masukan sensorik yang ekstrem, sebagai contoh, stimulus yang berlebihan di unit rumah sakit yang bising dan sibuk atau kekurangan stimulus di ruangan terpencil, gelap, dan tanpa jendela. Hindari menempatkan dua pasien delirium pada satu kamar yang sama di rumah sakit. Pasien harus dekat dengan ruang perawat untuk memfasilitasi pengamatan lebih intensif (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017). Manipulasi lingkungan untuk membantu memperbaiki gejala pasien, misalnya membiarkan lampu menyala di malam hari untuk memperbaiki gejala disorientasi waktu, tempat, dan orang.

Menjaga kenyamanan pasien juga penting dalam mengelola delirium; namun, pengendalian nyeri yang memadai mungkin memerlukan penggunaan obat-obatan

yang dapat memperburuk delirium. Menentukan tingkat analgesia yang sesuai pasien dengan delirium terkadang sulit. Aktivitas fisik seharusnya dimulai sesegera mungkin untuk meminimalkan efek samping imobilitas, misalnya dekubitus. Siklus tidur-bangun yang normal dapat ditingkatkan dengan penggunaan aktivitas siang hari dan isyarat lingkungan, seperti jendela dan jam. Gangguan tidur harus diminimalkan jika memungkinkan. Nutrisi yang memadai penting untuk pemulihan dari delirium dan penyakit penyebabnya.

Penatalaksanaan Farmakologik

Bukti yang kuat untuk obat-obatan yang mendukung penatalaksanaan farmakologis delirium masih kurang karena itu obat akan diresepkan hanya setelah kelainan yang mendasari telah didiagnosis atau proses penentuan diagnosis telah dilakukan (Sudarsanan *et al.*, 2004).

Penggunaan obat psikoaktif harus diberikan untuk mengelola perilaku yang terkait dengan delirium yang menimbulkan risiko keamanan untuk pasien dan orang lain atau untuk delirium karena obat-obatan atau *withdrawal* alkohol. Obat yang paling sering digunakan untuk delirium adalah kelompok antipsikotik dan *benzodiazepine*.

Untuk pasien yang gaduh-gelisah dengan gangguan persepsi terkait kelainan siklus tidur-bangun dan perilaku yang tidak terkontrol, obat-obatan antipsikotik bisa bermanfaat. Haloperidol biasanya lebih banyak digunakan untuk mengobati delirium, karena merupakan antipsikotik potensi tinggi dengan lebih sedikit efek samping antikolinergik dan hipotensi. Namun, meningkatnya potensi haloperidol dikaitkan dengan peningkatan frekuensi efek samping ekstrapiramidal termasuk reaksi distonia, akatisia, *tardive dyskinesia*, dan katatoniamaligna. Karena itu sebaiknya pasien dipantau secara ketat, tidak hanya untuk efektivitas obatnya tetapi juga untuk efek samping, terutama pada penderita dengan penyakit parkinson yang mengalami delirium (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017).

Dosis haloperidol yang sering digunakan adalah dosis rendah (0,5 sampai 2 mg), baik secara oral maupun intravena. Lorazepam 0,5 sampai 2 mg bisa mengurangi agitasi dan lebih disukai oleh pasien yang mengalami gejala putus zat napza. Obat antikolinergik (misalnya benzotropin) harus digunakan dengan hati-hati pada pasien yang delirium, terutama orang tua karena dapat menyebabkan toksisitas antikolinergik (psikosis atropin).

Terapi Elektrokonvulsif (*Electro Convulsive Therapy*)

Terapi elektrokonvulsif (ECT) juga merupakan pengobatan delirium ketika pendekatan lain gagal. Terapi ini digunakan sebagai upaya terakhir untuk pasien delirium dengan agitasi parah yang tidak responsif terhadap farmakoterapi, seperti haloperidol dosis tinggi intravena.

ECT biasanya diberikan secara blok atau setiap hari selama beberapa hari dan harus dipantau secara ketat karena ECT dapat menyebabkan delirium dengan sendirinya.

SINDROM PUTUS ZAT

Sindrom putus zat mungkin bisa terjadi bersamaan dengan gangguan jiwa lain atau sebagai penyakit primer yang mendasari. Alkohol, kokain, dan *phencyclidine* adalah zat yang paling sering menyebabkan tindak kekerasan.

Penghentian barbiturat, obat sedatif dan hipnotik lain (termasuk benzo-diazepin), opioda dan alkohol secara klinis hampir serupa. Jika gejalanya parah, perawatan di rumah sakit paling aman dan wajib jika pasien demam ($> 38,3^{\circ}\text{C}$), tidak dapat menahan cairan untuk mencegah dehidrasi atau memiliki kelainan fisik yang mendasarinya.

Tanda, Gejala dan Diagnosis

Tanda dan gejala sindrom putus zat bervariasi tergantung zat yang dipakai dan berat ringannya ketergantungan zat sebelumnya. Jika seseorang telah banyak minum alkohol dalam waktu lama, kemudian diturunkan dosisnya secara cepat, kadar alkohol dalam darah yang rendah secara mendadak dapat menyebabkan sindrom putus zat (alkohol). Gejalanya meliputi: tremor kasar pada tangan, insomnia, kecemasan, peningkatan tekanan darah, detak jantung, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan. Bila gejala berat, dapat terjadi kejang, halusinasi, delirium, temperatur tubuh dan tekanan darah belfluktuasi, serta agitasi yang ekstrem. Fenomena sindrom putus alkohol biasanya dimulai dalam waktu sekitar 8 jam setelah berhenti konsumsi, puncaknya pada hari kedua atau ketiga, dan berkurang pada hari keempat atau hari kelima. Gejala dapat bertahan dalam bentuk yang lebih ringan selama 3 sampai 6 bulan sebagai bagian dari sindrom putus zat yang berkepanjangan, gejala ini mungkin berkontribusi untuk terjadinya kekambuhan. Delirium tremens, yaitu sindrom putus alkohol yang dimulai dalam 7 hari setelah

berhenti mengonsumsi alkohol (terutama dalam 24 hingga 72 jam), adalah keadaan darurat medis dan harus dirawat di ICU (WHO, 2009).

Gejala putus opioda biasanya muncul 12–48 jam setelah penggunaan terakhir, durasi 10–20 hari, berupa mual, muntah, kecemasan, insomnia, *flush* panas dan dingin, nyeri seluruh tubuh, sering menguap, berkeringat banyak, kram otot, keluarnya cairan dari mata dan hidung, dan diare.

Gejala putus zat *benzodiazepine* berupa kecemasan, insomnia, *restlessness*, agitasi, sensitif, konsentrasi dan memori buruk, otot tegang dan nyeri. Gejala putus zat stimulan biasanya muncul 24 jam setelah penggunaan terakhir dan berlangsung 3–5 hari. Gejala yang muncul berupa agitasi, iritabel, depresi, peningkatan jumlah waktu tidur dan nafsu makan, dan nyeri otot. Orang yang menggunakan stimulan jumlah besar, khususnya metamfetamin, dapat berkembang mengalami gejala psikotik, seperti paranoid, gangguan pikiran, dan halusinasi. Pasien mungkin saja mengalami distress dan menjadi agitasi sehingga berisiko untuk membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

Gejala putus inhalan, meskipun tidak terlalu banyak kasusnya, perlu diketahui juga, antara lain berupa nyeri kepala, mual, tremor, halusinasi, insomnia, *lethargy*, *mood* cemas dan depresi, iritabel, dan konsentrasi yang buruk. Gejala ini akan berakhir 2–3 hari atau bisa sampai 2 minggu.

Gejala putus kanabis/ganja meliputi kecemasan, perasaan takut dan disosiasi, *restlessness*, iritabel, nafsu makan buruk, gangguan tidur, kadang disertai *vivid dream*, gangguan pada gastrointestinal, berkeringat saat malam, dan tremor.

Diagnosis yang diberikan menurut PPDGJ-III, yakni sindrom putus zat ditandai dengan beberapa hal berikut sebagaimana dijelaskan oleh Maslim (2013) sebagai berikut.

1. Keadaan putus zat merupakan salah satu indikator dari sindrom ketergantungan dan diagnosis sindrom ketergantungan zat harus turut dipertimbangkan.
2. Keadaan putus zat hendaknya dicatat sebagai diagnosis utama, bila hal ini merupakan alasan rujukan dan cukup parah sampai memerlukan perhatian medis secara khusus.
3. Gejala fisik bervariasi sesuai dengan zat yang digunakan. Gangguan psikologis (misalnya: ansietas, depresi, dan gangguan tidur) merupakan gambaran umum dari keadaan putus zat ini. Yang khas ialah pasien akan melaporkan bahwa gejala putus zat akan mereda dengan meneruskan penggunaan zat.

Penatalaksanaan

Pasien dengan sindrom putus zat harus diobservasi di ruangan yang aman jauh dari keramaian atau rangsangan, tidak dianjurkan untuk berbicara terlalu banyak dengan pasien. Fiksasi fisik atau pemberian obat sedatif mungkin diperlukan untuk pasien yang melakukan atau berisiko melakukan kekerasan. Lorazepam 2 sampai 4 mg atau diazepam 10 sampai 20 mg direkomendasikan untuk mengobati agitasinya. Sedang terapi yang lain sifatnya simptomatis, sesuai dengan gejala/ tanda yang ada (lihat Tabel 3.1).

Pada pasien dengan sindrom putus zat alkohol, terapi diberikan berdasarkan berat ringannya gejala. Pada gejala putus alkohol ringan, pasien perlu minum banyak (2–4 L/hari) untuk mencegah terjadinya dehidrasi akibat banyak keluar keringat. Perlu ditambahkan vitamin B1 untuk mencegah gangguan kognitif. Pada gejala putus alkohol sedang, perlu diberikan diazepam 4 × 10 mg selama 2 hari, kemudian diturunkan perlahan 10 mg pada hari ke-3, selanjutnya turun 5 mg tiap hari. Perlu monitoring secara cermat agar tidak terjadi sedasi yang berlebihan.

TABEL 3.1 Obat-obatan simptomatik untuk sindrom putus zat

Symptom	Medication	Dose	Route	Frequency	Contraindications
Insomnia	Temazepam	10-30 mg	By mouth	As required, before going to bed	Benzodiazepine withdrawal
	Promethazine	25-75 mg	By mouth	As required, before going to bed	Benzodiazepine withdrawal
Nausea +/-vomiting	Metoclopramide	10mg	By mouth or Intramuscular injection	Every 4-6 hours as required up to 3 times per day	Dystonic reactions
	Prochlorperazine	5mg	By mouth	Up to 3 times per day as required	Dystonic reactions
Abdominal cramps	Propantheline	15mg	By mouth	Up to 3 times per day as required	
	Hyoscine	20mg	By mouth	Up to 3-4 times per day as required for up to 2-3 days	Diarrhoea caused by bacterial infection
	Butylbromide				
Diarrhoea	kaolin mixture	15-20 ml	By mouth	4 times per day as required	
	Loperamide	4mg initially, then 2mg	By mouth	4mg initially then 2mg after each unformed stool up to a maximum of 16mg per day	
Muscle cramps	Quinine sulphate	300mg	By mouth	2 times per day as required	Allergy to quinine
Headaches and other pains	Paracetamol/ Codeine phosphate	1000mg/ 16mg	By mouth		
	Paracetamol/ Orphenadrine	900mg/ 35mg	By mouth	3 times per day	
	Paracetamol	1000mg	By mouth	4-6 hourly as required up to 4000mg per day	
	Ibuprofen	400mg	By mouth	3 times per day as required	Gastric ulcer Gastritis Asthma
	Celecoxib		By mouth		
Agitation, anxiety and restlessness	Diazepam	5mg	By mouth	2-3 times per day, reducing over 3-5 days	Benzodiazepine withdrawal

(Dikutip dari Clinical Guideline for Withdrawal Management on Drug Dependence in Closed Setting,WHO, 2009, halaman 44)

Selanjutnya untuk gejala putus alkohol berat, dibutuhkan dosis diazepam yang tinggi, yaitu 20 mg tiap 2 jam, sambil dimonitor secara cermat, sampai gejalanya terkontrol, baru dilakukan pengurangan dosis. Untuk pasien dengan dehidrasi berat, perlu diberikan cairan NaCl dan magnesium, secara intravena.

Pada ada pasien dengan sindrom putus zat opioida ringan, cukup diberikan minum air 2–3 L/ hari untuk menggantikan cairan yang keluar lewat keringat dan diare. Untuk gejala yang sedang dan berat perlu penatalaksanaan mirip gejala ringan ditambah dengan obat-obatan seperti klonodin, buprenorfin, metadon, atau *codein* (WHO, 2009).

Penatalaksanaan pada pasien dengan sindrom putus *benzodiazepine* paling aman adalah dengan memberikan *benzodiazepine* secara bertahap dengan dosis yang menurun. Hal ini membantu mencegahnya terjadinya kejang. Langkah pertama adalah menstabilkan pasien dengan dosis diazepam yang tepat. Hitung berapa banyak diazepam yang setara dengan dosis benzodiazepine yang saat ini digunakan pasien, hingga diazepam maksimal 40 mg, yang terbagi menjadi 3 kali dalam sehari (lihat Tabel 3.2). Selanjutnya dosis diturunkan perlahan-lahan sesuai Tabel 3.3.

Penatalaksanaan sindrom putus stimulan terdiri dari: minum setidaknya 2–3 liter air per hari selama putus zat stimulan. Berikan multivitamin yang mengandung vitamin kelompok B dan vitamin C. Obat-obatan simptomatis diberikan sesuai gejala pasien untuk nyeri, kecemasan, dan gejala lainnya. Pada kasus putus stimulan yang sangat agitatif, pasien dapat menjadi sangat *distress* atau cemas, yang dapat menimbulkan bahaya bagi diri sendiri atau orang lain. Untuk itu dapat diberikan obat simptomatik sesuai gejalanya. Jika belum berhasil, mungkin perlu untuk membuat pasien merasakan kantuk dengan menggunakan diazepam 10–20 mg setiap 30 menit sampai pasien benar mengantuk dan tenang. Dosis tidak boleh lebih dari 120 mg diazepam dalam waktu 24 jam. Hati-hati terhadap terjadinya depresi pernapasan.

Pada penatalaksanaan sindrom putus inhalan, pasien harus minum 2–3 liter air per hari. Berikan ketenangan dan lingkungan yang kondusif untuk pasien. Tawarkan pengobatan simptomatik sesuai kebutuhan untuk gejala seperti sakit kepala, mual, dan kecemasan (Tabel 3.1).

Penatalaksanaan sindrom putus zat kanabis/ganja sifatnya simptomatis (sesuai Tabel 3.1), namun pada saat terjadi gejala tersebut, perlu memberikan perawatan suportif di lingkungan yang tenang. Ada beberapa bukti bahwa lithium karbonat mungkin merupakan obat yang efektif untuk terapi gejala putus ganja.

TABEL 3.2 Perhitungan dosis ekuivalen diazepam

5 mg of <i>diazepam</i> is equivalent to:		<p>For example: If the patient is using 4 mg of <i>lorazepam</i> per day, this is equivalent to 40mg of <i>diazepam</i> per day.</p> <p>If the patient is using 60 mg of <i>temazepam</i> per day, this is equivalent to 30mg of <i>diazepam</i> per day</p>
0.5mg	of <i>alprazolam</i>	
3mg	of <i>bromazepam</i>	
10mg	of <i>clobazam</i>	
1mg	of <i>flunitrazepam</i>	
0.5mg	of <i>lorazepam</i>	
0.75mg	of <i>lormetazepam</i>	
5mg	of <i>nitrazepam</i>	
15mg	of <i>oxazepam</i>	
2.5mg	of <i>midazolam</i>	
10mg	of <i>temazepam</i>	
0.25mg	of <i>triazolam</i>	

(Dikutip dari *Clinical Guideline for Withdrawal Management on Drug Dependence in Closed Setting*, WHO, 2009, halaman 52)

TABEL 3.3 Jadwal penurunan dosis diazepam

Patients using less than 40mg/day diazepam equivalent				
	Time of dose			Total dose daily
	08:00	12:00	20:00	
Starting dose	5mg	5mg	5mg	15mg
1 st reduction	5mg	2.5mg	5mg	12.5mg
2 nd reduction	5mg	-	5mg	10mg
3 rd reduction	2.5mg	-	5mg	7.5mg
4 th reduction	-	-	5mg	5mg
5 th reduction	-	-	2.5mg	2.5mg

(Dikutip dari *Clinical Guideline for Withdrawal Management on Drug Dependence in Closed Setting*, WHO, 2009, halaman 52)

RINGKASAN

1. Berbagai masalah muncul setelah terjadinya masa pandemi Covid-19, baik pada bidang sosial, ekonomi, kesehatan fisik/psikologis, dan sebagainya. Salah satu masalah bidang kesehatan mental adalah penatalaksanaan kegawatdaruratan psikiatrik di masa pandemi Covid-19.
2. Kegawatdaruratan psikiatri adalah gangguan akut pada perilaku, pikiran atau suasana hati seseorang, yang jika tidak diobati dapat menyebabkan kerugian/bahaya, baik untuk individu itu sendiri atau orang lain di lingkungannya.
3. Dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan psikiatri masa pandemi Covid-19 perlu memperhatikan keselamatan pasien, dokter maupun petugas kesehatan yang lain. Penerapan standar perlindungan dokter perlu diperhatikan, mulai dari pengendalian teknik, pengendalian administratif sampai dengan penggunaan alat perlindungan diri.
4. Telah dibahas tentang tanda, gejala, diagnosis, dan penatalaksanaan kegawatdaruratan psikiatri, meliputi percobaan bunuh diri, keadaan gaduh gelisah, gejala ekstra piramidal, delirium, dan sindrom putus zat.

DAFTAR PUSTAKA

- Akour, A. *et al.* 2020. The impact of the COVID-19 pandemic and emergency distance teaching on the psychological status of university teachers: A cross-sectional study in Jordan. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(6): 2391–2399. doi: 10.4269/ajtmh.20-0877.
- Andrews, L. J. & Benken, S. T. 2020. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic - Pharmacological considerations. *Critical Care*, 24(1): 1–9. doi: 10.1186/s13054-020-03072-5.
- Black, D. W. 2018. *Pocket Guide to Psychiatric Practice*. 6th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- Chandrasekaran, B. & Fernandes, S. 2020. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company's public news and information website. *Diabetes Metab Syndr*; 14(4): 337–339.
- Ferrando, S. J., Klepacz, L., Lynch, S. *et al.* 2020. Psychiatric emergencies during the height of the COVID-19 pandemic in the suburban New York City area. *Journal of Psychiatric Research*, 136: 552-559. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.10.029.

- Gonçalves-Pinho, M. *et al.* 2020. The Impact of COVID-19 Pandemic on Psychiatric Emergency Department Visits – A Descriptive Study. *Psychiatric Quarterly*, 92(2):621-631. doi: 10.1007/s11126-020-09837-z.
- Heriani, Kusumadewi, I. & Siste, K. 2010. Kedaruratan psikiatri. Dalam *Buku Ajar Psikiatri*. pp. 335–351. Disunting oleh Elvira Sylvia D & Hadisukanto, G. Jakarta: Badan Penerbit FK UI,.
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z-H. *et al.* 2020. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10): 1732–1738. doi: 10.7150/ijbs.45120.
- Maslim, R. 2013. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*. 2nd ed. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
- PB IDI. 2020. *Pedoman Standar Perlindungan Dokter di Era Covid-19, Ikatan Dokter Indonesia*. Diakses dari: https://www.pdspatklin.or.id/assets/files/pdspatklin_2020_09_09_18_05_48.pdf.
- Sadock, B. J., Sadock, A. V. & Ruiz, P. 2017. *Comprehensive Textbook of Psychiatry 10th Edition*. 10th edn, *Walters Kluwer*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sher, L. 2020. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*, 113(10):707–712. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202.
- Stone, C.K. & Humphries, R.L. 2011. *CURRENT Diagnosis & Treatment Emergency Medicine*. New York: McGraw-Hill Education.
- Sudarsanan, S. *et al.* 2004. Psychiatric emergencies. *Medical Journal Armed Forces India*, 60(1): 59–62. doi: 10.1016/S0377-1237(04)80162-X.
- WHO. 2009. *Clinical Guideline for Withdrawal Management on Drug Dependence in Closed Setting*. Diakses dari: <http://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/245180/245180.pdf>
<https://hdl.handle.net/20.500.12380/245180%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12>.
- WHO. 2021. *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Diakses dari: <https://covid19.who.int/>

PANDEMI COVID-19 DAN GANGGUAN MENTAL ORGANIK

4

Marlina S. Mahajudin, Erikavitri Yulianti, Andini Dyah Sitawati

PENDAHULUAN

Pandemi Covid-19 ini sangat membawa penderitaan dari semua sudut kehidupan manusia. Korban nyawa berjatuh tidak pandang bulu dari lapisan masyarakat, tidak peduli dari kelompok suku, agama, tingkat pendidikan, dan tingkat kekayaan sekalipun. Pada umumnya karena serangan virus yang ganas ini diawali dengan gangguan pernapasan dan perjalanan yang sangat cepat dan dahsyat maka acap kali gangguan mental terabaikan. Ternyata gangguan mental ini bukanlah masalah kecil, menurut beberapa pakar kedokteran jiwa, bahkan dapat menjadi penanda gejala awal serangan Covid-19 dan menentukan juga prognosinya serta memberi dampak akhir yang tidak sedikit. Dampak akhir tersebut karena mengganggu fungsi kognitif seseorang akan mengganggu kehidupannya dan secara tidak langsung akan mengganggu kehidupan negara tercinta ini di kemudian hari.

GANGGUAN MENTAL ORGANIK DI MASA PANDEMI COVID-19

Gangguan mental organik (GMO) adalah berbagai gangguan jiwa yang dikelompokkan atas dasar penyebab yang sama dan dapat dibuktikan adanya penyakit, cedera atau rudapaksa otak, yang berakibat disfungsi otak. Disfungsi ini dapat primer yaitu gangguan yang terjadi di otak, atau sekunder, yaitu gangguan dan penyakit sistemik yang menyerang otak sebagai salah satu dari beberapa organ atau sistem tubuh. Penggunaan istilah “organik” hanya berarti bahwa

sindroma yang terjadi adalah akibat gangguan yang berpusat di sistemik ataupun di otak. Karena itu dalam mendiagnosis harus dicari dan dicantumkan gangguan yang mendasarinya (PPDGJ III, 1993).

Pada umumnya, gangguan di saraf pusat memberi dampak gejala yang mengurangi produktivitas di bidang fungsi persarafan tetapi sebaliknya memberi gejala produksi baru di bidang psikiatri. Sebagai contoh, bilamana lesi di daerah lobus temporalis, timbullah gejala gangguan dari pusat wicara dan tak jarang menjadi lesi pusat epilepsi sehingga pasien memeriksakan dirinya ke dokter spesialis saraf, tetapi timbullah gejala waham sehingga pasien memeriksakan diri atau dibawa keluarganya ke psikiater. Tidak heran bilamana ada GMO diperlukan perawatan oleh tim interdisiplin. Tim bukan saja terdiri dari seorang dokter spesialis saraf dan seorang psikiater, acap kali tim harus ditambah dengan dokter yang menangani penyebab gangguan di otak tersebut; misalnya dokter spesialis penyakit dalam bilamana gangguan disebabkan penyakit diabetes melitus atau dokter bedah ortopedi bila penyebabnya trauma kepala. Jadi penanganan GMO ini seyogianya ditangani secara paripurna oleh tim interdisiplin.

Penelitian metaanalisis *outbreak severe acute respiratory syndrome* (SARS) dari tahun 2002, *middle east respiratory syndrome* (MERS) dari tahun 2012, dan akhirnya *outbreak Covid-19* oleh Rogers *et al.* mendapatkan hasil analisis bahwa delirium menempati jumlah terbanyak di fase akut dan ada juga gangguan depresi, gangguan cemas (*anxiety*), *post-traumatic stress disorder* (PTSD), dan kelelahan (*fatigue*) setelah gangguan berakhir. Beberapa pakar ini mengakui bahwa analisis tentang gangguan mental pada masa pandemi Covid-19 masih sedikit dan seyogianya segera ditambah. Alonso *et al.* pada Oktober 2020 yang lalu menyatakan dari laporan-laporan yang dikumpulkannya bahwa manifestasi neuropsikiatri Covid-19 adalah insomnia, cemas (*anxiety*), *post traumatic stress disorder* (PTSD), psikosis, dan gangguan *mood*. Almaeira (2020) yang memeriksa dengan menjalankan beberapa sub-tes neuropsikologi pada pasien pasien Covid-19 dengan gejala nyeri kepala disertai kehilangan rasa pembauan, dan dapat membuktikan adanya gangguan pada pemusatan perhatian (atensi), daya ingat (memori) dan fungsi eksekutif. Ia mengatakan bahwa virus masuk ke tubuh manusia melalui rute persarafan (neurologis). Vatatharaj *et al.* (2020) dan Wilson, Betteridge & Fish (2020) mendapatkan data dari 125 orang yang dirawat dengan Covid-19, sebanyak 62% mengalami gangguan serebrovaskular, yang mana dari jumlah ini sebanyak 74% akibat iskemia dan 12% perdarahan otak dan sisanya akibat penyebab lain. Dari pemeriksaan klinis terhadap subyek penelitian tersebut sebanyak

31% mengalami perubahan mental, di mana dari kelompok ini 18% menderita ensefalitis dan 23% ensefalopati tanpa penyebab yang jelas dan 59% dengan gangguan neropsikiatrik. Mao (2020) juga menekankan keharusan pengawasan ketat pada diagnosis suspek (*suspectable*) Covid-19 karena justru pasien pada hari pertama dan kedua tanpa demam yang tinggi, tanpa batuk dan diare akan lebih banyak jatuh dalam keadaan gangguan neurologis dan sekaligus GMO yang parah. Hasil otopsi terhadap susunan saraf pusat pasien ini menunjukkan hiperemis, edema, beberapa bagian terdapat degenerasi dan dalam *liquor cerebri* dan jaringan otak ditemukan nukleus SARS-CoV-2 .

Keluhan nyeri kepala (*headache*) dan pusing (*dizziness*) terjadi pada 13,5 % dari 1.099 pasien di Cina. Juga dari kelompok ini 15% jatuh dalam keadaan yang parah. Keluhan nyeri kepala ditengarai menjadi awal gangguan neropsikiatrik bahkan meningitis viral dan atau ensefalitis (Roy *et al.*, 2020). Mereka juga mengatakan bahwa nyeri kepala disertai terapi suplementasi oksigen dapat menyebabkan gangguan mental yang kronis. Untuk itu, pemeriksaan dan *monitoring* ketat harus dilakukan pada gangguan mental selama pasien dalam perawatan maupun setelah rawat jalan. Valanca *et al.* (2020) mengingatkan karena Covid-19 merupakan gangguan inflamasi yang sistemik dan juga dapat mengganggu susunan saraf pusat maka para penyintas besar kemungkinan akan mengalami degenerasi neuron yang berisiko mengalami cacat permanen yang dapat memengaruhi kualitas hidup, hak otonomi, dan *civil capacity*. Akhirnya, para penyintas kehilangan haknya dalam masalah-masalah berkaitan dengan hukum, sebagaimana hal ini juga disampaikan oleh Beer *et al.* (2008) dan Coffey *et al.* (2007).

Butler (2020) menyatakan adanya kelelahan (*fatigue*) kronis yang mengganggu dan dapat menimbulkan gangguan fungsi kognitif yang parah. Gangguan ini juga banyak terjadi pada mereka yang tidak dirawat di rumah sakit namun menjalani isolasi mandiri. Keluhan *long Covid* ini sangat bervariasi dan berlangsung berbulan-bulan. Mukaetova-Ladinska & Kronenberg (2020) menyatakan karena gangguan psikiatrik erat atau bersamaan dengan gangguan neurologi maka kemungkinan besar gangguan psikiatrik dapat menjadi gangguan permanen bila gangguan saraf tidak tertangani dengan cepat dan tepat seperti demensia, *dysexecutive syndrome* yang dapat menyebabkan hilangnya kemampuan memusatkan perhatian, kurang dapat mengatur pergerakan sesuai instruksi atau juga kelelahan yang kronis. DSM 5 menyatakan bahwa kelelahan kronis ini bisa dirasakan sebagai kelelahan fisik dan atau kelelahan mental yang digambarkan sebagai *somnolence*. Syaratnya sebagai bagian dari GMO adalah bila pasien harus mengalami gangguan di saraf

pusat atau gangguan sistemik yang pernah menunjukkan gangguan neurokognitif. Coffey *et al.* (2007) mengatakan hal yang sama dan memasukan *fatigue* ke dalam gangguan tidur. Mereka juga mengingatkan *fatigue* juga didapat pada gangguan depresi, gangguan somatisasi, dan gangguan konversi.

Hasil metaanalisis terhadap 12 laporan penelitian mengenai gangguan neuropsikiatrik akibat Covid-19 yang dilakukan Alonso-Lana *et al.* (2020) menunjukkan hampir semua laporan membuktikan adanya gangguan *mood*, dari 12 laporan itu 3 mengalami keadaan kebingungan (*confuse*), 2 psikotik, dan 2 gejala delirium. Karena laporan mengenai dampak neuropsikiatri oleh infeksi Covid-19 ini masih sedikit, seyogianya jangan terlalu cepat diambil kesimpulan bila gangguan *mood* di setiap laporan tersebut adalah penyebab dari GMO. Harus dibuktikan gangguan *mood* di laporan-laporan tentang gangguan neuropsikiatrik akibat Covid-19 ini adalah bukan sebagai reaksi psikologis biasa, gangguan psikiatrik yang dicetuskan karena penyakit Covid-19, atau memang berupa varian dari GMO. Mukaetova-Ladinka (2020) menekankan juga perhatian terhadap psikosis akibat Covid-19 ini. Insidens psikosis akibat infeksi virus berkisar antara 0,9 sampai 4%. Kemungkinan psikosis ini disebabkan karena respons otak pada keadaan *hypercytokinemia* atau efek dari pengobatan misalnya psikosis yang diinduksi oleh kortikosteroid. Pemeriksaan masih berlangsung apakah keparahan gejala psikosis berhubungan langsung dengan jumlah virus yang masuk dengan mengukur peningkatan antibodi pasien. Sudah ada laporan yang tidak ilmiah yang mengatakan adanya psikosis organik yang permanen. Ini merupakan peringatan bahwa betapa pentingnya perhatian ke GMO karena dengan adanya cacat permanen seseorang akan kehilangan hak otonomi bahkan kompetensi hukum (Beer *et al.*, 2008).

GMO menurut Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa (PP-DGJ) III tahun 1993 meliputi, demensia, delirium, sindroma amnestik, gangguan lain seperti halusinosis organik, gangguan kognitif ringan, gangguan suasana *mood* organik, gangguan waham organik dan gangguan kepribadian organik. Delirium yang dicantumkan di sini termasuk sindroma otak akut, keadaan kebingungan akut, psikosis infeksi akut, reaksi organik akut dan sindrom psiko-organik akut. Gangguan *mood* juga dicantumkan sebagai salah satu GMO, bahkan dikatakan ada *post infective depression* setelah mengalami influenza. Pengobatan dengan steroid dalam dosis yang cukup besar dan lama sering menyebabkan turunnya suasana *mood* (hipomania ringan ataupun sebaliknya elevasi *mood* ke arah eforia). Penggolongan ini sama dengan penggolongan yang ada pada "*Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorder” 3rd Edition (DSM III - R), di mana istilah *organic mental syndromes and disorders* masih ada.

Pada *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder 4th Edition* (DSM IV), tahun 1994, istilah *organic mental disorders* sudah tidak dicantumkan lagi karena menimbulkan salah pengertian adanya gangguan psikiatrik yang non organik. Walaupun istilah itu tidak dipakai lagi, tetapi kelompok gangguan mental organik yang dahulu, dibagi menjadi 3 bagian, yaitu 1. *Delirium, dementia, and amnestic and other cognitive disorders*; 2. *mental disorders due to a general medical condition*; 3. *substance related disorders*. Dalam kelompok *mental disorder due to general medical condition* masih dibahas beberapa gangguan mental organik yang tertera di PPDGJ III, misalnya gangguan kepribadian dan perilaku organik, gangguan suasana perasaan (*mood*) organik, dan gangguan psikosis organik.

Dalam perkembangan Ilmu Kedokteran Jiwa, DSM 5 mengelompokkan semua gangguan yang mengakibatkan menurunnya fungsi kognitif menjadi kelompok *neurocognitive disorder* (NCD). Penurunan fungsi kognitif ini hanya boleh terjadi setelah seseorang pernah menjalani kehidupannya dengan fungsi kognitif yang tinggi dan berubah, menurun karena adanya gangguan yang dapat membuktikan adanya penurunan kognitif yang terkait (*acquired*), bukan akibat terlahir atau karena gangguan perkembangan. Dalam kelompok NCD ini dikenal kelompok *mild cognitive disorder* dan *major cognitive disorder*. Untuk menegakkan diagnosis dari kedua kelompok ini harus dicari penyebab utama dan harus dicantumkan kalau NCD ini adalah gangguan terkait penyakit utamanya sebagai penyebab. Penyebab terjadinya NCD belum tentu hanya satu hal, tetapi ada beberapa/multipel dan semua gangguan tersebut harus dicantumkan walaupun pada awalnya mungkin dianggap diagnosis banding.

Untuk membahas GMO atau NCD yang menyertai gangguan Covid-19 ini pembahasan dibatasi dasar temuan dengan jumlah terbanyak dari gangguan neuro-psikiatrik yang ada sampai saat ini. Perlu diakui jumlah laporan baru mengenai gangguan neurokognitif itu masih sedikit, tetapi dari laporan-laporan tersebut banyak yang menyatakan gangguan neurokognitif justru harus segera ditemukan, segera diatasi karena memperburuk perjalanan Covid-19, mempersulit perawatannya dan beberapa laporan juga mencantumkan dapat terjadi gangguan kognitif yang permanen.

Dalam bab ini, akan dibahas keadaan kebingungan akut (*mild cognitive disorder*), delirium, psikosis organik, gangguan perasaan *mood*, *organic demensia*, dan sindroma kelelahan pasca Covid-19 (*Post Covid-19 fatigue syndrome*).

Diagnosis GMO dan juga gangguan psikiatrik lainnya harus melalui observasi dan wawancara (obswan) yang cermat dan menyeluruh. Berbagai dimensi manusia sebagai makhluk *biopsikososiospiritual* harus dicermati satu per satu. Walaupun yang terganggu dimensi fisik, tetapi berbagai dimensi lain ikut terganggu. Tidak jarang dimensi lain lebih dahulu terganggu dan menimbulkan gejala nonfisik, barulah setelah beberapa saat keluhan dan gangguan fisik baru muncul dan menjadi dominan. Dasar kepribadian, gaya berpikir, perilaku berdasarkan sosio-budaya dan tingkat pendidikan yang menempatkan seseorang dalam fungsi sosial dan fungsi kerjanya keseharian harus dicatat secara lengkap karena akan menjadi parameter pembandingan (*baseline*) adanya GMO yang harus ditemukan secara dini.

Suatu GMO yang akut hanya dapat ditegakkan dari hasil observasi dan wawancara di mana harus ditemukan adanya gangguan pemusatan perhatian atau atensi dan konsentrasi ataupun gangguan kewaspadaan (*awareness*).

Keadaan Kebingungan Akut

Kondisi ini adalah kumpulan gejala di mana terdapat gangguan neurokognitif yang sangat ringan. Diagnosis ini berada di PPDGJ III dan dikelompokkan bersama dengan delirium. Bentuk klinisnya adalah sangat ringan, perlu kecermatan untuk mendiagnosisnya. Di DSM 5, istilah keadaan kebingungan (*confuse*) itu sudah ditiadakan tetapi dianjurkan untuk mengelompokkannya di kelompok *mild cognitive disorder*. Kumpulan gejala ini sering hadir mendahului atau bersamaan dengan gejala gangguan neurokognitif lain, seperti delirium, demensia Alzheimer, dll. Bisa dikatakan reaksi keadaan kebingungan akut ini dikategorikan sebagai komorbiditas, awal gangguan, penyerta atau hanya sekedar pembandingan dari gangguan neurokognitif yang lebih berat. Karena itu, menengarai keadaan kebingungan akut secara dini adalah sangat penting karena bila dapat ditangani dengan segera, dengan sendirinya akan menghambat pasien jatuh ke gangguan mental maupun fisik yang lebih besar.

Selama Wawancara

Didapatkan pasien yang kurang dapat fokus terhadap pemeriksa, pemusatan perhatian pendek-pendek, dan sering mengalihkan perhatiannya ke stimulus atau tempat lain. Respons jawaban (*respons time latency*) memanjang dan acap kali meminta pertanyaan diulang kembali. Jawaban yang didapat belum tentu tepat atau selaras dengan pertanyaan, acap kali tangensial, yaitu tetap pada substansi bahasan yang sama tetapi jawaban bukan detil substansi yang ditanya.

Dari Observasi

Terlihat 2 jenis tampilan yaitu pasien yang hipoaktif atau pasien yang hiperaktif. Pasien yang hipoaktif menunjukkan perilaku yang apatis, malas bergerak, lunglai dan hanya sesekali mengangkat kepala menatap pemeriksa untuk menjawab pertanyaan. Pasien yang hiperaktif lebih menunjukkan gejala gelisah, bergerak tanpa tujuan dan kurang fokus bahkan tidak jarang kurang sopan terhadap pemeriksa.

Pemeriksaan Psikiatrik

Khusus untuk GMO ini diharuskan memeriksa 6 domain kognitif.

1. Domain atensi
 - a. Dari anamnesis didapatkan bahwa pasien memerlukan waktu yang lebih lama dan banyak membuat kesalahan pada pekerjaan rutinnnya dan pekerjaan ringan. Untuk itu pasien sering melakukan *check and recheck*. Ia menghindari tempat yang terdapat suara televisi ataupun percakapan demi memusatkan pikirannya agar tidak terjadi kompetisi dengan pemikiran lain.
 - b. Asesmen dapat melalui observasi di mana fokus perhatian hanya singkat dan perhatian mudah beralih. Untuk memastikan, pemeriksa dapat menyuruh mengetuk meja saat pemeriksa menyebut huruf M dalam satu karangan pendek tertentu (*tes ketuk*).
2. Domain fungsi eksekutif
 - a. Dari anamnesis didapatkan bahwa pasien mendapatkan kesulitan menganalisis, membuat perencanaan, dan menimbang dampak positif-negatif yang muncul sekaligus mengambil keputusan yang tepat. Ia pun sukar mengembalikan konsentrasi berpikrinya bilamana saat ada stimulus lain yang masuk, misalnya dering telepon atau datangnya tamu. Pasien mulai mengeluh lelah berpikir dan tidak merasakan kenyamanan berada di lingkungan yang ramai, walaupun acara mengobrol dengan teman-teman yang dahulu digemarinya. Bagi pasien sangat lelah untuk menjawab komunikasi yang saling silang.
 - b. Asesmen dapat melalui tugas untuk membuat suatu rancangan (*planning*) suatu proyek dengan memperhitungkan dampak dan tepat dalam pengambilan keputusannya. Dapat juga dengan cara, tugas yang telah diinstruksikan dan sedang berlangsung diputus dan ditunda beberapa menit dengan tambahan beberapa pertanyaan seputar tugas tadi (*brain teasing*). Di sini dinilai kemampuan memori kerja (*working memory*) yang sangat penting untuk fungsi luhur.

3. Domain kemampuan belajar dan daya ingat
 - a. Dari anamnesis didapatkan mulai ada kesukaran mengingat hal-hal yang baru dikerjakan (hitungan menit sampai beberapa jam yang lalu). Pasien lebih mengandalkan kejadian yang sudah lebih dahulu terjadi (memori jangka sedang atau kejadian yang terjadi kemarin atau beberapa hari yang lalu), pasien perlu membuat catatan atau pengingat (*reminder*). Pasien pun sering bertanya untuk mengikuti alur cerita di suatu pertemuan ataupun tayangan televisi. Pasien sering melakukan *check and recheck* terhadap tugas dan tanggung jawabnya misalnya membayar rekening listrik, PDAM, dan sebagainya.
 - b. Asesmen didapat dengan mengobservasi cara merespons pertanyaan atas perilaku bingungnya (misalnya jalan mondar mandir) yang baru terjadi. Tampak pasien seolah olah mengingat dan memikir dengan keras, tetapi pasien bahkan acap kali tidak ingat sama sekali apapun yang baru dilakukannya. Bila pasien tenang dapat dilakukan *digit test* yaitu menirukan beberapa huruf yang diucapkan pemeriksa dan pemeriksaan berikutnya mengucapkannya secara terbalik.
4. Domain wicara
 - a. Dari anamnesis pasien beberapa kali tidak dapat memahami pertanyaan atau instruksi dari lingkungannya. Kalimat kalimatnya saat mengekspresikan buah pikirannya acap kali juga tidak lancar (*fluent*). Untuk menyebut sesuatu benda pasien sering mengalami kesukaran (*naming*) sehingga sering menguraikan melalui bentuk atau fungsi benda tersebut. Acap kali menggunakan kata pengganti seperti “anu” atau “itu”.
 - b. Asesmen didapat dengan mengobservasi respons atas instruksi maupun *gesture* pemeriksa, misalnya menjawab pemberian salam dan menjalankan perintah dari pemeriksa, misalnya instruksi coba tulis nama dan alamat anda dan setelah itu lipat kertasnya. Kelambanan atau tidak tepatnya merespons adalah bukti adanya gangguan dalam pemahaman. Dalam hal pasien mulai kesukaran dalam mengucapkan nama benda sebaiknya pemeriksa memintanya menerangkan definisi atau fungsi benda tersebut.
5. Domain *perceptual motor*
 - a. Dari anamnesis didapat pasien sering menunjukkan kebingungan dalam mencari suatu alamat, walaupun dahulu ia pernah bahkan sering ke alamat tersebut. Ia sering menggunakan peta lokasi yang akhir-akhir ini ada di aplikasi gawai. Pasien pun sering butuh waktu yang lebih lama bahkan tidak

- menyelesaikan pekerjaannya bilamana dituntut ketepatan, kecermatan, dan kecepatan misalnya menjahit, memotong bahan untuk dirangkai dengan dasar keindahan (estetika).
- b. Asesmen dapat dengan mudah didapat dengan menginstruksikan pasien menandai titik tengah dengan pensil, dari garis-garis yang tidak beraturan letak maupun panjang pendeknya di kertas oleh pemeriksa. Pasien pun dapat diinstruksikan untuk meniru gerakan pemeriksa, misalnya menggerakkan kedua tangan di mana ujung-ujung jari bergantian; dari telunjuk ke kelingking kemudian disentuh ke ujung jari jempol.
6. Domain kognisi sosial
- a. Anamnesis sangat mudah diperoleh, karena lingkungan melihat perubahan perilaku keseharian bahkan perubahan ciri kepribadiannya. Pasien tidak sepeka biasanya dalam membaca perubahan wajah akibat terganggunya emosi orang terdekatnya. Rasa empatinya berkurang, kadang-kadang terjadi penurunan dalam bersopan santun disertai juga pengalihan dari perilaku apatis ke perilaku gelisah dan sebaliknya.
 - b. Asesmen dapat dilakukan dengan pertanyaan umpan balik atau merefleksikan, sebagai contoh pasien diinstruksikan membaca karangan yang bertema kesedihan, selanjutnya pemeriksa bertanya, “andaikan anda di tempatnya, apakah anda juga sedih?” Pemeriksa juga dapat bertanya perasaan atau apa yang pasien lakukan bila berada di tempat salah satu pemeran dalam cerita pendek yang bertemakan pergaulan yang disharmoni.

Seyogianya pemeriksaan dilakukan dengan cepat tetapi cermat mengingat keadaan kebingungan akut ini selalu berasal dari proses di organ vital manusia yaitu di saraf pusat. Keadaan kebingungan akut ini sering mendahului atau menjadi komorbid dari gangguan yang lebih dahsyat sehingga bila cepat ditegakkan diagnosis dan cepat dilaksanakan penanganannya maka kemungkinan pasien lebih cepat tertolong tanpa meninggalkan jejas permanen di pusat saraf.

DELIRIUM

Gangguan ini sudah banyak dikenal di kalangan pelayan medis. Di psikiatri, delirium ini dikelompokkan secara spesifik sesuai penyebabnya sehingga delirium dipsiatri digolongkan dalam beberapa diagnosis berikut.

1. Delirium akibat induksi medikasi (*medication induced delirium*). Hal ini terjadi karena efek samping dari medikasi atau pengobatan yang jelas diresepkan.
2. Delirium yang disebabkan kondisi medis lain. Delirium ini disebabkan adanya gangguan faali/fisiologis dari gangguan kondisi medis lain, misalnya gangguan hepatik ensefalopati.
3. Delirium disebabkan karena penyebab yang multipel. Harus dijelaskan selain penyebabnya juga spesifikasinya (akut, persisten).
4. Delirium akibat penyalahgunaan zat
 - a. Delirium akibat intoksikasi zat.
 - b. Delirium akibat penghentian zat (*withdrawal*).

Gambaran delirium di DSM 5 disebut sebagai *major neurocognitive disorder*. Dari pemeriksaan 6 domain kognitif di atas gangguannya sangat parah dan kasat mata.

Pengakuan diagnosis delirium berdasarkan kriteria berikut ini.

1. Gangguan dari atensi/pemusatan perhatian atau gangguan kesadaran yang disertai dengan gangguan neurokognitif lain. Gambaran nyata adalah adanya perubahan besar dari pemusatan perhatian yang bermanifestasi dengan menurunnya kemampuan mengarahkan, fokus, mempertahankan (*sustain*) dan mengalihkan (*shift*) stimuli pemeriksa. Pertanyaan pemeriksa acap kali harus diulang ulang karena perhatian yang tidak terarah atau pasien masih memikirkan jawaban dari pertanyaan terdahulu akibat sukar mengalihkan ke stimulus baru. Perhatian pasien sangat mudah beralih ke stimulus yang mungkin tidak ada sangkut pautnya dengan pemeriksaan atau percakapan yang sedang berlangsung. Manifestasi dari terganggunya kesadaran adalah menurunnya kewaspadaan yang ditunjukkan adanya disorientasi pada tempat, waktu, maupun orang di tempatnya berada.
2. Terjadi fluktuasi kesadaran di mana frekuensi dan keparahan lebih terjadi pada malam hari dibanding pagi hari, hal ini berlangsung beberapa jam sampai dengan beberapa hari. Acap kali gangguan persepsi terutama halusinasi dan ilusi visual terjadi pada saat peningkatan sampai di puncak kewaspadaan.
3. Ada beberapa tambahan dari gangguan kognitif, misalnya penurunan daya ingat, disorientasi, gangguan wicara, kemampuan visuospasial, dan gangguan persepsi.

4. Kriteria A dan C tidak boleh menjadi bagian gangguan neurokognitif yang sudah ada dan juga tidak sampai terjadi gangguan kesadaran yang parah seperti koma.

Ada gambaran klinis yang dapat membantu menegakkan diagnosis delirium yaitu adanya *lucid interval*, yaitu kondisi tenang dari pasien di antara fluktuasi kesadarannya bahkan dari gaduh gelisahnyanya. Pada saat *lucid interval* pasien sering menunjukkan adanya amnesia. Pasien tidak ingat apa yang baru dialaminya dan penyebab perubahan perilakunya. Adanya gangguan persepsi juga sering terjadi. Gambaran berikutnya adalah perubahan pola tidur, dimana pasien lebih sering tidur bahkan sangat nyenyak di pagi dan siang hari dan sering terjaga bahkan sukar tidur di malam hari. Pasien dengan delirium juga mengalami gangguan *mood*, yang sangat cepat berubah atau labil dan tidak dapat diprediksi. Gangguan emosi yang terjadi dapat berupa kecemasan, ketakutan, amarah, depresi, dan iritabel. Kedahsyatan gangguan emosi ini acap kali mengganggu, misalnya dari hanya mengumam, mengomel, memanggil-manggil, berteriak teriak tanpa kalimat bahkan kata kata yang jelas, menyumpah, dan sering disertai kegelisahan motorik. Castro, Garcez & Avelina-Silva (2020) menyatakan jangan sekali kali meninggalkan pasien delirium karena merupakan *fatal acute brain dysfunction*. Juga hal yang sama dikatakan oleh Baker (2020) karena delirium ini merupakan awal gangguan neurologis yang parah. Sebagai anekdot dikatakananya pula delirium pada Covid-19 ditandai dengan gejala paranoid, halusinasi, keadaan bingung (*confusion*), dan agitasi.

PSIKOTIK ORGANIK

Psikotik adalah suatu gangguan di mana seseorang sudah tidak dapat menilai realita lagi. Pemeriksaan seseorang untuk menilai realita haruslah berdasarkan parameter kehidupan seseorang (berdasarkan data dasar) yang terdiri dari minimal kepribadian asalnya (di psikiatri dicantumkan di aksis II sebagai *personality*), perilaku keseharian berdasarkan kedudukan tingkat sosial masyarakat, budaya setempat dan tingkat pendidikannya. Gangguan persepsi maupun waham acap kali menyertai. Dibandingkan dengan delirium yang berfluktuasi keadaan psiko-tik ini lebih konstan dapat berlangsung sehari hari bahkan berminggu-minggu. Beberapa pakar psikiatri mengaitkan kemungkinan adanya gangguan di pusat saraf yang mengarah kerusakan struktur dan bila tidak segera diatasi akan menjadi

menetap (permanen), termasuk halusinosis organik, gangguan katatonik organik, dan gangguan waham organik (lir-skizofrenia).

GANGGUAN MOOD ORGANIK

Diagnosis gangguan *mood* organik hanya dapat ditegakkan bila jelas telah diketahui pernah mengalami gangguan atau penyakit utama dan dilanjutkan dengan gangguan kognitif, paling tidak beberapa dari *mild cognitive disorder*. Gangguan *mood* ini tidak berfluktuasi dan sukar dikaitkan sebagai respons adanya stresor nyata dari pasien dan lingkungannya. Jangan dilupakan bahwa efek samping pengobatan dari satu penyakit juga dapat menyebabkan *mood disorder*. Dalam merawat pasien Covid-19 ini, selain akibat virus *Corona* itu sendiri, kemungkinan adanya polifarmasi dapat menyebabkan perubahan *mood*. Gangguan yang mungkin terjadi adalah

1. Gangguan manik organik;
2. Gangguan depresif organik;
3. Gangguan bipolar organik;
4. Gangguan *mood* organik campuran;
5. Gangguan cemas organik;
6. Gangguan aestenik atau emosi labil organik;
7. Gangguan disosiatif organik.

DEMENSIA

Beberapa laporan dari pakar psikiatri yang menangani Covid-19 mengatakan adanya gangguan permanen berupa demensia. Gambaran ini menyusul adanya anamnesis nyeri kepala dan terapi oksigenasi akibat penanganan hipoksia yang lama. Beberapa otopsi pasien Covid-19 menggambarkan adanya kerusakan struktur di saraf pusat. Bahkan pasien yang mengalami gangguan mental yang parah dalam perawatan menunjukkan gambaran radiologi saraf pusat dengan adanya bercak bercak iskemi, perdarahan, dan demieliniasi.

Demensia hanya dapat ditegakkan bila pasien mengalami kemunduran dari tingkat intelegensi setelah pernah mengalami puncak yang mengatur kehidupannya dengan baik. Kemampuan yang menurun di sini adalah kemunduran daya ingat dan daya pikir.

SINDROMA KELELAHAN PASCA COVID-19

Rasa lelah berkepanjangan dilaporkan beberapa pasien pasca gangguan Covid-19. Ditengarai mereka yang sekarang mengalami gangguan fisik, selama perawatan fisik sering mengalami mialgia yang berat. Sedangkan kelelahan di bidang mental, kelelahan digambarkan sebagai seorang yang selalu (persisten) mengantuk (somnolen). Gejala lelah ini harus diperkuat anamnesis adanya mialgia dan gangguan NCD. Harus disingkirkan kelelahan akibat depresi yang ditunjukkan dengan adanya fluktuasi sesuai dengan *mood* dan adanya gejala depresi lain seperti komunikasi bertemakan topik yang sedih, *mood* depresi, insomnia, perasaan bersalah, dan keinginan bunuh diri. Harus juga disingkirkan reaksi konversi di mana gejala lelah bertambah bilamana pasien memiliki keinginan yang harus dipenuhi atau di muka orang yang dianggapnya akan memenuhi keinginannya. Sindroma kelelahan pasca Covid-19 ini juga harus menyingkirkan somatisasi, di mana banyak keluhan fisik yang muncul atau bertambah bila *stressor* bertambah. Somatisasi ini sering disebabkan karena pasien ingin mendapatkan simpati.

Salah satu hal lain yang juga harus kita waspadai adalah *long covid syndrome*, yaitu gejala-gejala yang dialami penderita Covid-19 yang telah dinyatakan sembuh (hasil *swab* negatif). Kondisi ini dapat berlangsung berminggu-minggu, berbulan-bulan, hingga menjadi kondisi yang permanen. Gejala paling banyak dari kondisi *long Covid syndrome* adalah kelelahan kronis, sesak napas, jantung berdebar-debar, dan keluhan nyeri (sendi dan otot) setelah sembuh dari Covid-19. Gangguan ini bisa terjadi akibat gangguan organ yang menetap akibat infeksi virus Covid-19 sehingga fungsinya pun mengalami gangguan, apalagi pada pasien dengan komorbiditas. Gejala lain yang juga dilaporkan adalah gejala depresi, kesulitan memusatkan perhatian dan berpikir serta disertai kecemasan untuk tertular kembali. Pada era pandemi ini, kondisi *long Covid syndrome* harus diteliti lebih lanjut sehingga nantinya dapat dikembangkan upaya pencegahan yang komprehensif (Mukaetova-Ladinska & Kronenberg, 2020).

MANAJEMEN KLINIK SINGKAT

Prinsip tata laksana kelompok GMO adalah mengutamakan penyakit utama, sedangkan gangguan neuropsikiatrik, secara teoritis, diharapkan akan berkurang selaras dengan penyembuhan penyakit utama. Tetapi tidak jarang gangguan neuropsikiatrik sangat parah dan bila tidak cepat diatasi akan memperparah gangguan utama. Tata laksana untuk gangguan neuropsikiatrik juga harus

dilaksanakan secepat mungkin untuk mencegah terjadinya gangguan permanen di saraf pusat.

Tata Laksana Non-farmakologis

Berikut beberapa pendekatan manajemen klinis singkat berupa tata laksana non-farmakologis GMO.

1. Tempatkan pasien di lingkungan yang aman dan nyaman
 - a. Dalam kondisi apapun seorang pasien gangguan mental organik memiliki potensi untuk membahayakan diri sendiri (*self-harm*) dan membahayakan orang lain bilamana menjadi agresif.
 - b. Jauhkan dari alat-alat yang berbahaya (seperti benda tajam) ataupun alat-alat kedokteran yang canggih.
 - c. Walaupun pasien terlihat tenang, lebih baik dipasang pembatas tempat tidur (*cott-bed*) karena perubahan sering terjadi secara mendadak.
 - d. Nyalakan lampu yang redup, tidak terlalu gelap maupun terlalu terang agar tidak terjadi halusinasi maupun ilusi.
2. Komunikasi harus tetap terjaga
 - a. Ini sangat penting, walaupun pasien diisolasi, komunikasi melalui media apapun harus dilaksanakan karena dapat dipakai untuk *monitoring* dan evaluasi, terutama tentang kesadaran dan pemusatan perhatian.
 - b. Ciptakan komunikasi terapeutik sehingga secara psikologis pasien juga merasa ada yang memperhatikan, berkenan mendampingi dan memahami kondisinya. Pasien dicegah untuk tidak merasa kesepian (*feeling lonely*) maupun merosot harga dirinya. Kedua hal ini menyebabkan daya juang pasien akan jauh berkurang.
 - c. Seleksi topik pembicaraan karena pasien sering menjadi sangat sensitif atau sudah mengalami kelelahan mental (*sensory overload*).
 - d. Jangan membantah apa yang diutarakan pasien. Bila yang dikatakan itu sukar dilaksanakan apalagi tidak realistis maka lakukan "*agreeing to disagree*". Ini adalah suatu tata cara berkomunikasi di mana terapis sadar bila buah pikiran pasien salah, tetapi akan timbul kemarahan, atau kekecewaan bila saat itu segera di ingatkan apalagi dibantah walau untuk meluruskannya. Terapis tetap tenang, tersenyum menggunakan kata-kata positif untuk menunda pembicaraan tersebut atau secara halus dan bertahap menunjukkan ketidak setujuannya, dan dengan demikian pasien akan berpikir ulang.

3. Psikoterapi singkat

Psikoterapi mulai dilakukan bila telah timbul kapasitas kontrak dengan terapis. Yang dikatakan kontrak di sini adalah mulainya timbul daya pemahaman, daya analisis, daya ingat, dan kemampuan mengekspresikan buah pikiran. Pada umumnya, lebih banyak dilakukan dengan sistim “*agreeing to disagree*” disertai sanjungan atau kata-kata penyemangat.

4. Beri aktivitas bermanfaat

Aktivitas ringan meskipun terbatas, misalnya mewarnai, origami dan kalau sudah tenang membaca, mengisi teka teki silang sangat membantu untuk mengalihkan perhatian pasien akan sakitnya, menyalahkan diri sendiri, dan mengantisipasi akan hal-hal yang buruk akan terjadi. Apapun hasil aktivitas harus diberi *reward*. Ini akan meningkatkan harga diri dan percaya diri.

5. Lakukan psikoedukasi kepada *caregiver*/keluarga

- a. Harap diingat *caregiver*/keluarga adalah *support group* pasien bahkan di kemudian hari dalam fase pemulihan akan menjadi tangan kanan atau perpanjangan tangan tim medis Covid-19.
- b. Keluarga harus diberi informasi singkat tentang apa dan bagaimana GMO akibat Covid-19.
- c. Gangguan maupun kelelahan mental pasien akan berkurang bilamana keluarga sangat suportif. Ucapan positif secara langsung ataupun melalui media harus bisa dilaksanakan.
- d. Keluarga yang lelah, panik, sangat mencemaskan kondisi pasien maupun diri sendiri acap kali mengalami distorsi kognitif, di mana gaya dan cara menalar menjadi sempit. Karena itu anggota tim harus bisa menyisihkan waktu untuk berkomunikasi dengan tujuan atau isi pembicaraan yang jelas dan dengan kalimat-kalimat pendek dan kalau perlu diulang-ulang
- e. Jangan memberi janji yang belum tentu bisa ditepati. Kita semua tahu baru pandemi ini baru berjalan setahun. Laporan tentang gangguan mental organik masih terlalu sedikit. Penyakit ini sendiri pun acap kali tidak dapat diprediksi dan tidak memiliki pola perjalanan yang khas. Oleh karena itu, hindari janji atau memberi kepastian akan jam, hari pasien akan sembuh dan sebagainya
- f. Penanganan pandemi Covid-19 ini tidak dapat tanpa tim interdisiplin. Gangguan mental pada pasien dan keluarganya sangat menghambat perawatan di garda depan. Belum lagi bila gangguan *mood* dan gangguan siklus tidur menurunkan kekebalan tubuh. Rasa jenuh dari tim yang

merawat berujung resiprokal dengan kesehatan mental dari pasien dan keluarga. Bermitra dengan kelompok psikiater dapat meringankan semua gangguan mental yang menghambat kualitas perawatan. Hampir semua sentra rujukan dan perawatan Covid-19 yang memiliki program pendidikan dokter spesialis psikiatri diwajibkan ikut menangani pasien Covid-19.

Penggunaan Psikofarmaka

Telah dijelaskan bahwa penanganan penyakit atau gangguan utama dalam hal ini Covid-19 adalah hal pertama yang harus dilaksanakan. Oleh karena itu, penanganan Covid-19 dengan semua komplikasinya adalah hal utama yang harus cepat, cermat dan tepat dilaksanakan. Penggunaan psikofarmaka harus sangat berhati-hati karena kemungkinan saling berpotensi atau sebaliknya menjalin interaksi yang negatif, dengan obat-obat untuk Covid-19. Penanganan pasien gaduh gelisah (agresif) membutuhkan penanganan khusus karena acap kali diperlukan restrain kimiawi dengan atau tanpa pengikatan fisik.

Pemilihan neuroleptik (antipsikotik) yang dapat dipakai sebagai obat tunggal ataupun harus dikombinasi dengan obat penenang maupun anti-depresan merupakan seni tersendiri. Obat-obat ini sangat individual dalam indikasi, jenis maupun dosisnya. Sampai saat ini haloperidol dianggap sebagai neuroleptik yang paling aman. Bilamana hanya ada gangguan fungsi kognitif yang ringan cukup diberi dosis 2 kali 0,5 mg per hari dan ditingkatkan perlahan-lahan sesuai kebutuhan. Bilamana didapat gangguan fungsi kognitif yang berat disertai agresivitas dapat diawali dengan 2 kali dosis 1,5 mg per hari. Acap kali perlu dipertimbangkan penggunaan kombinasi dengan penenang kelompok benzodiazepine maka pilihan jatuh pada lorazepam. Bila indikasi untuk mengatur kembali siklus tidur maka dianjurkan memulai pemberian lorazepam dengan dosis 0,5 mg di malam hari dan ditingkatkan secara berhati-hati sesuai kebutuhan.

Pemberian antidepresan adalah yang terakhir karena perlu pertimbangan yang masak. Bilamana ada gejala depresi disertai rasa nyeri dengan gangguan tidur maka pemilihan amitriptilin bila tidak ada gangguan kardiovaskular adalah yang paling tepat. Amitriptilin adalah obat pelengkap dari perawatan nyeri dan memiliki efek sedatif sehingga dapat sekaligus untuk ikut mengatur siklus tidur.

Rehabilitasi Kognitif

Sejak diketahuinya GMO, walaupun gejala masih ringan, rehabilitasi kognitif sudah harus dijalankan. Aktivitas ringan yang disenangi pasien sudah harus

dijalankan misalnya membaca tema yang ringan dan positif, menonton TV dengan film-film pendek yang harus didiskusikan dengan tenaga kesehatan yang terkait. Dapat juga untuk mengembalikan keterampilan motorik halus pasien diberi aktivitas menggambar atau mewarnai. Aktivitas apapun harus melalui perencanaan sesuai kebutuhan akibat penurunan fungsi kognitif, tercatat, dan dinilai kemajuannya.

Dengan perawatan intensif oleh tim interdisiplin, GMO ini cepat teratasi. Karena penyebab gangguan ini secara langsung ataupun tidak langsung mengganggu fungsi kognitif maka kepekaan tim akan adanya perubahan perilaku dari pasien Covid-19 adalah kunci utama keberhasilan penegakan diagnosis beserta pelaksanaannya. Dengan demikian diharapkan penyelamatan pasien Covid-19 yang sangat mengancam kehidupan manusia ini dapat terwujud.

RINGKASAN

1. Semua dokter maupun perawat di pusat perawatan Covid-19 harus mengenal secara dini keadaan kebingungan akut (*mild cognitive disorder*) yang merupakan awal adanya GMO atau gejala ringan yang mungkin akan dilanjutkan dengan gangguan yang lebih berat bahkan kemungkinan meninggalkan gangguan mental menetap bahkan fatal.
2. Prinsip penegakan diagnosis maupun tata laksana GMO adalah holistik dengan mengutamakan terapi untuk mengatasi Covid-19 itu sendiri dengan penyulitnya sehingga diperlukan perawatan oleh tim interdisiplin.
3. Delirium merupakan gangguan terbanyak dari gangguan mental organik selain keadaan kebingungan akut, gangguan *mood*, psikotik organik, demensia dan sindroma kelelahan, serta dalam penanganannya harus dilakukan *monitoring* dan evaluasi yang ketat melalui komunikasi terapeutik.
4. GMO menjadi parameter parahnya keadaan Covid-19 dan kemungkinan besar akan menyebabkan gangguan permanen.
5. Tata laksana harus mengutamakan gangguan Covid-19 dan penyulit penyulitnya dahulu, dan untuk selanjutnya secara holistik mengatasi GMO-nya.
6. GMO menentukan kehidupan seseorang di kemudian hari karena itu rujukan ke psikiatri atau bekerja dalam tim dengan psikiatri merupakan suatu keharusan.

REKOMENDASI

1. Pandemi akibat Covid-19 ini berdampak besar bukan saja untuk perorangan tetapi untuk negara dan bangsa ini sehingga penegakan diagnosis maupun tata laksana GMO harus cepat, tepat, dan cermat.
2. Semua tenaga kesehatan diwajibkan mengenal gangguan kognitif ringan (*mild neurocognitive disorder*) untuk segera merujuk untuk dibentuk tim interdisiplin dan melakukan pengawasan ketat.
3. Sarana perawatan harus terpisah dari pasien yang lain karena pasien GMO sering membahayakan diri sendiri maupun orang lain.
4. Perawatan GMO mulai sejak diisolasi, di ruang khusus apalagi di *intensive care unit* memerlukan tenaga kesehatan yang piawai dalam komunikasi terapeutik dan secara rutin melakukan observasi, wawancara dan memberi stimulus walaupun secara virtual.
5. Pasca perawatan Covid-19 mereka yang mengalami GMO harus tetap dalam pengawasan agar tidak mengalami gangguan permanen dan menjalani rehabilitasi kognitif

DAFTAR PUSTAKA

- Almeria, M., Cejudo, J.C., Sotoca, J. Deus, J. & Krupinski, J. 2020. Cognitive profile following COVID-19 infection: Clinical predictors leading to neuropsychological impairment. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*, 9:100163 . <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01637-6> 100163.
- Alonso-Lana, S., Marquie, M., Ruiz, A. & Boada, M. 2020. Cognitive and neuropsychiatric manifestations of COVID-19 and Effectson Elderly Individuals with Dementia. *Front. Aging Neurosci*, 12:588872. Doi:10.3389/fnagi.2020.5588872
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Baker, H. A., Safavynia, S. A. & Evered, L. A. 2020. The 'third wave': impending cognitive and functional decline in COVID-19 survivors. *British Journal of Anaesthesia*, 126(1):44-47. doi: 10.1016/j.bja.2020.09.045.
- Beer, M. D., Pereira, S. & Paton, C. 2008. *Psychiatric Intensive Care*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.

- Butler, M., Poltak, T. A., Rooney, A. G., Michel, B. D. & Nicholson, T.R. 2020. Neuropsychiatric complications of covid-19. *BMJ*, 371:m3871. Doi:10.1136/bmj.m3871
- Castro, R. E. V., Garcez, F. B. & Avelino-Silva, T.J. 2020. Patient care during the COVID-19 Pandemic: do not leave delirium behind. *Braz J Psychiatry*, 43(2):127-128. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1048>.
- Coffey, C. E., McAllister, T. & Silver, J.M. 2007. *Guide to Neuropsychiatric Therapeutics*. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. 1993. *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III*. Jakarta: Depkes RI.
- Devita, M., Bordignon, A., Sergi, G. & Coin, A. 2020. The psychological and cognitive impact of Covid19 on individuals with neurocognitive impairments: research topics and remote intervention proposals. *Aging Clinical and Experimental Research*, 24:1-4. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01637-6>
- Lahue, S.C., James, T. C., Newman, J. C. *et al.* 2020. Collaborative Delirium Prevention in the age of Covid 19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68 (5):947-949. DOI:10.1111/jgs.16480.
- Mao, L., Jin, H., Wang, M. *et al.* 2020. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol*, 77(6):683-690. doi:10.1001/jamaneurol.2020.1127
- Mukaetova-Ladinska, E.B. & Kronenberg, G. 2020. Psychological and neuropsychiatric implications of COVID-19. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 22:1-14. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01210-2>
- Roy, D., Ghosh, R., Dubey, S., *et al.* 2020. Neurological and Neuropsychiatric Impacts of COVID-19 Pandemic. *The Can J. of Neurol Sci*, 5:1-16.
- Valenca, A. M., Telles, L.E.B., Barros, A.J.S. & da Sylva, A. G. 2020. Covid-19, neurocognitive disorders and civil capacity. *Braz. J. Psychiatry*, 9:S1516-44462020005033205. Doi :10.1590 / 1516-4446-2020-1080.
- Varatharaj, A., Thomas, N., Ellul, M. A. *et al.* 2020. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet sychiatry*, 7: 875-82 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30287-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30287-X)
- Wilson, B. A., Betteridge, S. & Fish, J. 2020. Neuropsychological consequences of Covid-19. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(9):1625-1628. DOI: 10.1080/09602011.2020.1808483

PANDEMI COVID-19 DAN ANSIETAS

5

Margarita M. Maramis

**“I learned that courage was not the absence of fear,
but the triumph over it.”**

(Nelson Mandela)

PENDAHULUAN

Dalam menghadapi penyebaran virus *Corona*, kita masyarakat Indonesia sebenarnya tidak perlu merasa khawatir secara berlebihan apalagi panik. Sebab, kepanikan yang berlebihan justru akan memicu tindakan irasional dan bahkan bisa membuat keadaan lebih buruk. Situasi saat ini yang perlu kita lakukan adalah menggali informasi yang benar seputar virus *Corona* dan penyakit yang ditimbulkannya dari sumber-sumber terpercaya dan mencernanya dengan pikiran jernih. Pengetahuan yang cukup akan membuat kita waspada dan bertindak rasional dan realistis dalam mencegah diri kita tertular virus *Corona*.

Kecemasan akan tertular Covid-19 adalah wajar, namun bila terjadi terus menerus dan berlebihan, maka terjadi gangguan. Bila ditambah terjadi gangguan fungsi psikososial, maka memerlukan penanganan. Deteksi dini kecemasan, membedakan berbagai bentuk kecemasan, dan menentukan komorbiditasnya sangat diperlukan agar kecemasan yang terjadi tidak bertambah parah dan dapat menurunkan kualitas hidup. Penanganan kecemasan secara medikasi dan psikoterapi diperlukan agar tidak memperparah gangguannya. Pada pasien tertentu perlu dirujuk kepada pelayanan spesialisik, terutama bila tidak respons pengobatan, terdapat ide dan perilaku bunuh diri, kasus kompleks, penggunaan zat, serta komorbiditas lainnya.

Pandemi Covid-19 telah mengubah seluruh kebiasaan manusia menjadi normal baru. Mungkin ini cara bumi menyeimbangkan kembali isinya. Banyak korban manusia diakibatkannya. Pencegahan yang utama adalah melakukan protap

kesehatan secara ketat dan disiplin terus menerus dan tidak bosan. Inilah senjata alami kita memerangi virus *Corona*. Manusia perlu tetap bersyukur dan ikhlas berusaha sambil introspeksi apa yang telah dilakukannya selama ini untuk menjaga bumi ciptaan Sang Maha Kuasa. Hanya manusia yang mampu beradaptasi, tidak menjadi cemas, panik atau depresi, terus berpikir positif dan fokus pada strategi solusi akan selamat sambil berdoa kepada Sang Pencipta. Semoga kita semua dapat terus bersama menjalani dan menikmati kehidupan baru ini.

Sejak diumumkannya pandemi Covid-19 oleh WHO pada tanggal 11 Maret 2020 karena penyebaran virus Covid-19 yang sangat meluas di seluruh dunia, maka terjadilah perubahan dalam kehidupan seluruh manusia di muka bumi ini. *Coronavirus disease 2019* (Covid -19, juga dikenal sebagai 2019-nCoV) adalah kluster dari penyakit respiratori yang terjadi pertama kali di Wuhan, Propinsi Hubei, Cina pada 31 Desember 2019 (Boopathi, Poma & Kolandaivel, 2020; Huang & Zhao, 2020). Dan telah masuk pula ke Indonesia pada tanggal 2 Maret 2020 yang diumumkan presiden Jokowi bahwa dua warga negara Indonesia (WNI) positif terjangkit virus *Corona* novel (Covid -19) usai melakukan kontak dengan seorang warga negara (WN) Jepang yang juga terinfeksi *Corona*, membuat Indonesia masuk dalam peta sebaran virus *Corona* jenis baru atau Covid-19 (John Hopkins CSSE/ *Center for Systems Science and Engineering*). Tidak ada satu negara pun yang bisa terbebas dari risiko terpapar korona (Dewanti, 2020).

Indonesia terdampak Covid -19 dengan *case fatality rate* (CFR) sebesar 8,9% pada akhir Maret 2020. Per 24 Januari 2021, terdapat lebih kurang 99.378.782 kasus infeksi virus Covid-19, yang sembuh 71.451.001 orang, dan kematian 2.131.563 orang (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>). Proteksi yang dicanangkan pemerintah untuk seluruh masyarakat adalah *stay at home*, *lock down* pada beberapa kota besar, meningkatkan dan menyediakan pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan, dan meningkatkan ketersediaan alat pelindung diri untuk seluruh petugas kesehatan (Setiati & Azwar, 2020). Walaupun demikian, dampak pandemi Covid -19 pada psikis dan fisik manusia tetap berjalan seiring perubahan yang perlu dilakukan manusia, hidup bersama Covid -19 dalam suasana normal baru (*new normal*) dan tetap mencegah penularannya yang lebih meluas.

Pada aspek mental dapat terjadi perubahan negatif akibat pandemi Covid -19 yang tidak terduga yaitu pengurangan aktivitas fisik 48,9%, tidur 40,7%, peningkatan penggunaan alkohol 26,6%, dan merokok 6,9% (Stanton *et al.*, 2020). Di samping itu terjadi pula stres, ansietas, dan depresi (Que *et al.*, 2020; Salari

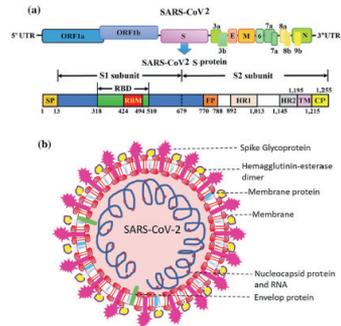
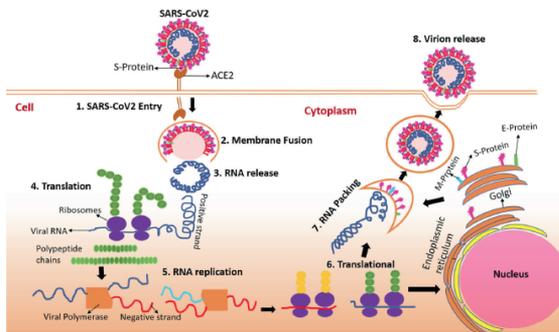
et al., 2020; Xiong *et al.*, 2020; Setiawati *et al.*, 2021), bahkan terjadi peningkatan angka bunuh diri (Sher, 2020).

Tulisan ini mengulas ansietas yang wajar hingga gangguan akibat pandemi Covid -19 juga ansietas pada penderita Covid -19 dan deteksi dini serta tata laksananya.

COVID-19

Pandemi Covid -19 terlahir dari keluarga virus *Corona* di mana ada 2 epidemi regional yaitu *severe acute respiratory syndrome* (SARS) dan *middle east respiratory syndrome* (MERS) pada 2001–2003 dan 2012–2015. Pada tahun 2003, SARS membunuh 774 orang dan MERS 858 orang antara tahun 2012 hingga 2019 (Centers for Disease Control & Prevention, 2005; World Health Organization, 2019).

Pada 31 Januari 2020, teridentifikasi di Wuhan, Cina suatu virus baru, yang ternyata keluarga *Corona* disebut *Corona disease 2019* (Covid -19) (Boopathi, Poma & Kolandaivel, 2020). **Virus Corona** atau *severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) yang lebih dikenal dengan nama virus **Corona** adalah **virus yang menyerang sistem pernapasan**. Penyakit karena infeksi virus ini disebut Covid-19, adalah jenis baru dari *Corona* yang menular ke manusia. Virus ini bisa menyerang siapa saja, seperti golongan usia lanjut, orang dewasa, anak-anak, dan bayi, termasuk ibu hamil dan ibu menyusui. Manusia sudah sejak lama terinfeksi virus *Corona* sebagai *common cold*, suatu infeksi virus yang menular melalui inhalasi dan *ingestion* dari droplet virus sebagai akibat dari batuk, bersin dan memegang permukaan yang primer terinfeksi, maka virus masuk ke dalam tubuh (Gambar 5.1 kiri). Genome dari virus ini terdiri dari 30.000 *nucleotides* dan mengkode 4 struktur protein, *Nucleocapsid* (N) protein, *Membrane* (M) protein, *Spike* (S) protein dan *Envelope* (E) protein serta beberapa protein non-struktural (*non-structural proteins/nsp*). *Capsid* adalah cangkang protein. Di dalam *capsid* ada nukleus atau N-protein yang mengikat virus *single positive strand* RNA yang membuat virus dapat membajak sel manusia dan membuat pabrik virus dengan replikasi. N-protein membungkus viral *genome* RNA yang memegang peran pada replikasi dan transkripsi virus. N-terminal dari N-protein yang mengikat *genomic* dan *sub-genomic* RNA di MHV dan IBV virions dan memproses replikasi dan transkripsi selanjutnya (Gambar 5.1 kanan) (Boopathi, Poma & Kolandaivel, 2020).

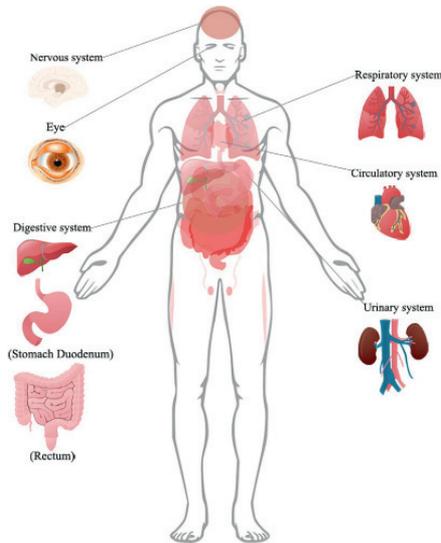


Keterangan: Genome singled-stranded RNA mengkode protein struktural, spike (S), amplop (E/envelope), membran (M) dan nukleokapsid (N). Struktur dari 5 protein ditunjukkan di bawah organisasi genome. Ke 5 protein terdiri dari sub unit S1 dan S2. Tempat pembelahan S1/S2 ditandai dengan garis putus-putus. Tampak pada S-protein, domain sitoplasma (CP), peptide fusi (FP), heptad repeat (HR), domain ikatan reseptor (RBD/receptor-binding domain), peptida sinyal (SP), domain transmembran (TM). B) protein surface virus, spike, amplop dan membran tertanam dalam lipid bilayer. Viral RNA positif-sense single-stranded berasosiasi dengan protein nukleokapsid.

GAMBAR 5.1 Gambar kiri: Skema mekanisme Covid-19 masuk dan replikasi virus dan membungkus viral RNA dalam sel manusia (Boopathi, Poma & Kolandaivel, 2020). Gambar kanan: A) Skematik representasi dari organisasi genome dan domain fungsional dari 5 protein untuk Covid-19. (Boopathi, Poma & Kolandaivel, 2020).

Covid-19 dalam waktu beberapa minggu menjadi pandemi global dengan angka mortalitas 3,4%, sebagian besar karena pneumonia. Dampak virus SARS-CoV-2 pada fisik bervariasi mulai asimtomatik, pileksia ringan, batuk kering, sakit tenggorokan, kesulitan bernafas, kelelahan dan kelemahan, nyeri seluruh tubuh, nyeri otot, mual, muntah, diare, radang paru, hingga *acute respiratory distress syndrome* (ARDS) dan disfungsi multipel organ (gambar 2) yang menimbulkan kematian dengan *case fatality rate* berkisar antara 2–3%. Metode diagnosis yang umum adalah secara pemeriksaan molekular RT-PCR (*reverse transcription-polymerase chain reaction*) atau *real-time* PCR, yang diperiksa dari swab orofaring, sputum, aspirat nasofaring, atau trakea dalam atau *bronchoalveolar lavage* (Madabhavi, Sarkar & Kadakol, 2020). Spesimen tes juga bisa dari saliva. Tes antigen secara umum kurang sensitif dibandingkan tes PCR tetapi lebih murah dan dapat digunakan dengan hasil sangat cepat (Gandhi, Lynch & del Rio, 2020).

Gejala lain dari Covid-19 pada tubuh manusia adalah pada susunan saraf pusat dan kesehatan mental tetap tidak jelas. Studi sebelumnya menunjukkan virus *Corona* di dalam otak, penetrasi melalui saraf olfaktorik atau melalui sirkulasi

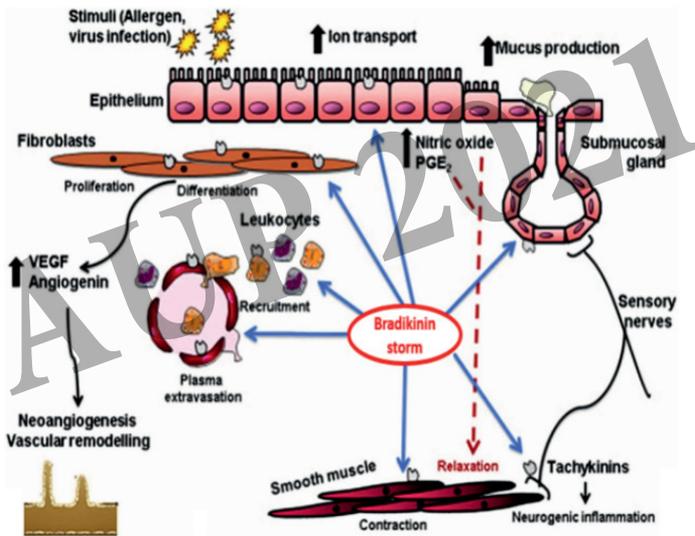
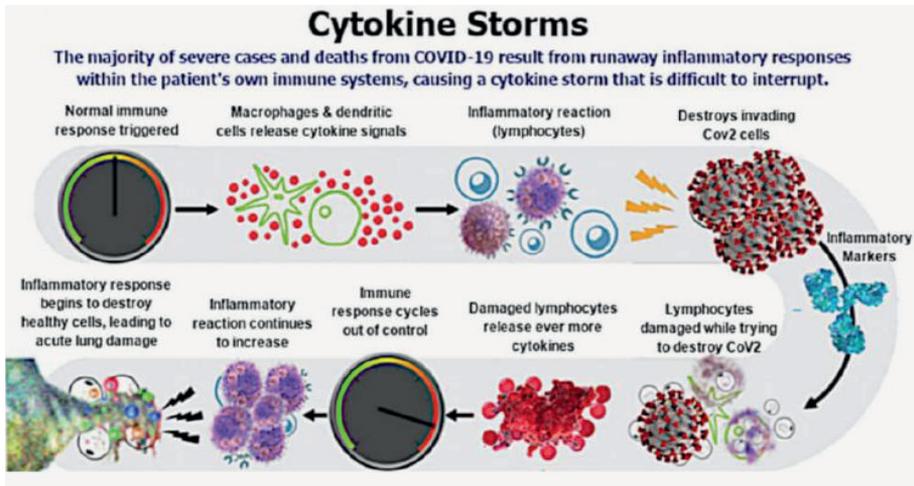


GAMBAR 5.2 Organ tubuh yang dapat terinfeksi dari gambaran gejala klinis atau biopsi pasien Covid-19 (Wang *et al.*, 2020).

masuk ke dalam otak dan menyebabkan badai sitokin (*cytokine storm*). Ada laporan penciuman pada pasien terinfeksi SARS-Cov-2 terdapat gejala neurologi seperti penyakit serebrovaskular, gangguan kesadaran, gangguan pengecap, dan didapatkan gejala psikopatologi seperti gangguan mood dan psikotik, juga gangguan stres pascatrauma dapat terjadi. Dampak pada kesehatan mental secara umum adalah pada pekerja kesehatan yang rentan (Szcześniak *et al.*, 2021).

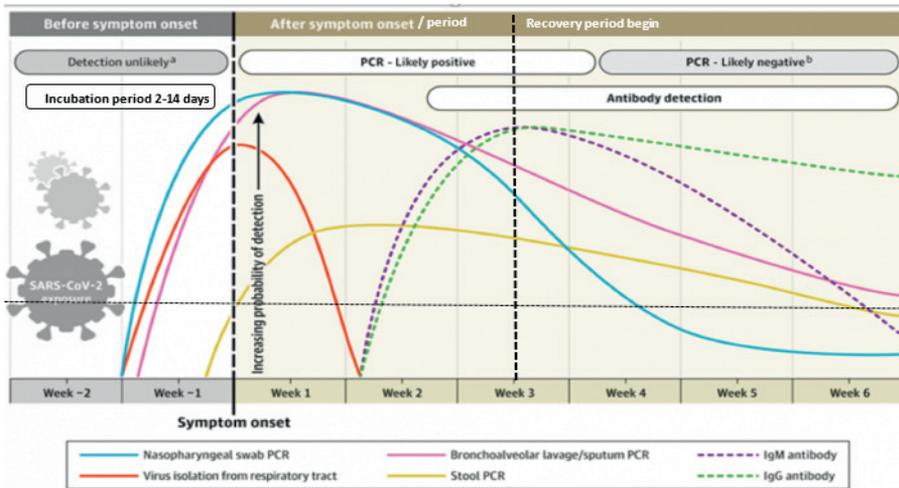
Gejala-gejala Covid-19 bahkan bersisa setelah lebih dari 100 hari keluar dari rumah sakit. Pasien masih merasa *fatigue* (55%), *dyspnoea* (42%), kehilangan memori (34%), gangguan konsentrasi (28%), dan gangguan tidur (30.8%). Jadi kebanyakan pasien yang memerlukan hospitalisasi untuk penanganan Covid-19 masih merasakan gejala menetap setelah lebih 3 bulan keluar rumah sakit (Garrigues *et al.*, 2020).

Badai sitokin dapat meningkatkan TNF (*tumor necrotic factor*) yang dapat menyebabkan septik syok, mikro-trombosis dan mikro-*haemorrhage* dan kegagalan multi organ akhirnya menyebabkan kematian. Sel-sel yang kaya akan reseptor ACE-2 seperti paru-paru dan usus halus. Selain itu juga terdapat di mukosa oral and nasal, *nasopharynx*, *stomach*, *colon*, *skin*, *lymph nodes*, *thymus*, *bone marrow*, limpa, hati, ginjal dan otak (Hamming *et al.*, 2004).



GAMBAR 5.3 **Gambar Atas:** menggambarkan rangkaian proses hingga terjadinya badai sitokin yang akan membebani sistem pertahanan tubuh manusia dengan cepat dan mendadak. **Gambar Bawah:** Selain itu dapat terjadi juga badai bradikinin yang akan merusak komponen darah, pembuluh darah, epitel membran dan produksi mukus juga otot polos (Gambar bawah)

(<https://www.choprafoundation.org/integrative-interventions-for-covid-19-chopra-library-brief/>).



Keterangan: Sejak terpapar virus, seseorang sudah bisa mulai melakukan pemeriksaan swab PCR dan bisa diketahui ada atau tidaknya virus. Gejala penyakit Covid-19 seperti batuk, sakit tenggorokan, dan demam umumnya mulai muncul sejak satu minggu setelah seseorang tertular virus. Batuk menjadi salah satu gejala Covid-19 yang paling terlihat. Salah satu gejala batuk dari infeksi virus corona yaitu batuk kering, terus-menerus disertai sesak napas. Antibodi terhadap virus mulai muncul sejak satu minggu setelah menunjukkan gejala. Periode antara masuknya virus dengan timbulnya antibodi, disebut sebagai periode jendela (*Window Periode*). Deteksi antibodi Covid-19 dengan tes serologi pada minggu ke-2-3 setelah terpapar karena kadar antibodi mencapai puncaknya

GAMBAR 5.5 Kadar dari virus dan antibodi setelah terinfeksi Covid-19 dan kemungkinan terdeteksi dengan tes PCR maupun serologi.

(modifikasi dari <https://etkbiotech.com/2020/05/15/understanding-the-intended-use-of-ctks-onsite-covid-19-igg-igm-rapid-test/>; Denning, Kilcoyne & Ucer, 2020).

Faktor risiko komplikasi penyakit Covid-19 adalah: usia lanjut, penyakit kardiovaskular seperti gagal jantung, infark miokardiak, kardiomiopati, penyakit paru menahun, diabetes mellitus tipe 2, obesitas dimana BMI ≥ 30 , penyakit *Sickle cell*, penyakit ginjal menahun, kondisi imunokompromised akibat transplantasi organ, dan kanker (Gandhi, Lynch & del Rio, 2020).

Penemuan laboratorium pada pasien rawat inap berupa limfopenia, peningkatan kadar d-dimer, laktat dehidrogenase, *C-reactive protein* (CRP) dan ferritin. Kadar procalcitonin normal. Luaran yang buruk terjadi bila peningkatan jumlah sel darah putih bersama limfopenia, waktu protrombin yang memanjang, peningkatan kadar enzim hati, laktat dehidrogenase, d-dimer, interleukin-6 (IL-6),

	Asymptomatic or Presymptomatic	Mild Illness	Moderate Illness	Severe Illness	Critical Illness
Features	Positive SARS-CoV-2 test; no symptoms	Mild symptoms (e.g., fever, cough, or change in taste or smell); no dyspnea	Clinical or radiographic evidence of lower respiratory tract disease; oxygen saturation $\geq 94\%$	Oxygen saturation $< 94\%$; respiratory rate ≥ 30 breaths/min; lung infiltrates $> 50\%$	Respiratory failure, shock, and multiorgan dysfunction or failure
Testing	Screening testing; if patient has known exposure, diagnostic testing	Diagnostic testing	Diagnostic testing	Diagnostic testing	Diagnostic testing
Isolation	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Proposed Disease Pathogenesis					
Potential Treatment					
Management Considerations	Monitoring for symptoms	Clinical monitoring and supportive care	Clinical monitoring; if patient is hospitalized and at high risk for deterioration, possibly remdesivir	Hospitalization, oxygen therapy, and specific therapy (remdesivir, dexamethasone)	Critical care and specific therapy (dexamethasone, possibly remdesivir)

Keterangan: *Testing* untuk mendiagnosis SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2*) dilakukan bila seseorang mengalami gejala yang konsisten dengan Covid-19 atau bila seseorang asimtomatik diketahui terpapar atau diduga terpapar SARS-CoV-2. Skrining tes ditujukan untuk mengidentifikasi orang yang mungkin terinfeksi sehingga dapat dicegah penularan lanjutnya

GAMBAR 5.6 Karakteristik, diagnosis dan manajemen dari Covid-19 menurut tahap penyakit atau keparahan penyakit (Gandhi, Lynch & del Rio, 2020).

CRP, dan procalcitonin. Gambaran imajing paru yang khas adalah *ground-glass opacifications* atau *consolidation* (Gandhi, Lynch & del Rio, 2020).

Pengobatan yang penting adalah suportif. Obat antivirus, antimalaria dan antiparasitik dapat digunakan untuk penyakit Covid-19 ini. Pencegahan dengan mengisolasi diri dari anggota di rumah, melakukan karantina dari orang yang terindikasi pada individu yang ringan dan deteksi dini pasien serta rawat inap bagi kasus yang parah (Madabhavi, Sarkar & Kadakol, 2020).

ANSIETAS ATAU KECEMASAN

Ansietas adalah respons alamiah tubuh terhadap stres. Adalah suatu perasaan ketakutan atau menangkanp tentang sesuatu yang akan datang. Kecemasan karena akan masuk sekolah pertama kali, mengalami interview pekerjaan, memberikan presentasi, pindah ke tempat baru, memulai pekerjaan baru, ujian adalah hal yang biasa dan dialami banyak orang. Namun, bila perasaan cemas ini menjadi ekstrem, interns, menetap, dan melemahkan maka akan mengganggu fungsi psikososial dan pekerjaan serta seluruh kehidupan yang disebut gangguan

kecemasan. Gangguan kecemasan menyebabkan kita berhenti melakukan sesuatu dan menghindari sesuatu. Bila dibiarkan akan bertambah parah dan dapat terjadi perburukan. Kecemasan pada derajat tertentu akan memotivasi kita untuk bergerak, bekerja dan berusaha lebih keras dan menghasilkan pekerjaan dengan lebih baik. Kecemasan yang normal akan terjadi datang dan pergi, namun tidak memengaruhi aktivitas sehari-hari.

Anxietas adalah komponen adaptif dari respons stres akut untuk sesuatu yang potensial membahayakan baik dari rangsangan luar maupun dalam yang mengancam homeostasis manusia. Bila terjadi stresor yang sangat intensif, kronik, atau ireversibel maka akan menjadi suatu gejala bahkan gangguan kecemasan yang dapat mengganggu fungsi psikososial dan kualitas kehidupan manusia. Berbagai macam gangguan anxietas antara lain gangguan cemas menyeluruh, gangguan panik, gangguan fobi, gangguan kecemasan sosial, gangguan obsesi-kompulsi, dan gangguan stres pascatrauma (Miyazaki *et al.*, 2016)

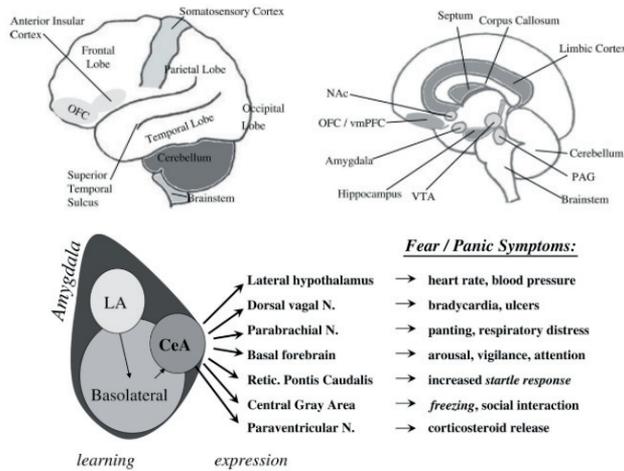
Survey epidemiologis dan klinis menunjukkan bahwa gangguan anxietas di antara yang paling tinggi prevalensinya juga menyebabkan kecacatan dan besar biaya yang dikeluarkan. Anxietas dicirikan sebagai kronik dan menetap perjalanan penyakitnya serta sering ada komorbiditas dengan penyakit lain seperti gangguan depresi dan penyalahgunaan zat dan hambatan pekerjaan dan fungsi interpersonal (Miyazaki *et al.*, 2016).

Prevalensi anxietas di populasi secara umum adalah sebesar 33,7% pada suatu waktu kehidupannya (Bandelow & Michaelis, 2015).

Anxiety disorders	ECA ¹⁹		NCS-R ² Ages 18-64		ESEMeD ²⁰		Wittchen et al ¹⁴
	12 months	Lifetime	12 months	Lifetime	12 months	Lifetime	12 months
Panic disorder	0.9	1.6	3.1	5.2	0.7	1.6	0.7-3.1
GAD	-	-	2.9	6.2	0.9	2.8	0.2-4.3
Agoraphobia	-	-	1.7	2.6	0.3	0.8	0.1-10.5
SAD	-	-	8.0	13.0	1.6	2.8	0.6-7.9
Specific phobia	8.8	12.6	10.1	13.8	5.4	8.3	0.8-11.1
All anxiety disorders*	10.1	14.6	21.3	33.7	8.4	14.5	11.1-13.0

*Note that before the introduction of DSM-5, obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder were included in the anxiety disorders

GAMBAR 5.7 Prevalensi gangguan anxietas dari survei epidemiologi dari beberapa sumber: ECA=Epidemiologic Catchment Area Program; NCS-R=National Comorbidity Survey-Replication; ESEMeD=European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (Bandelow & Michaelis, 2015).

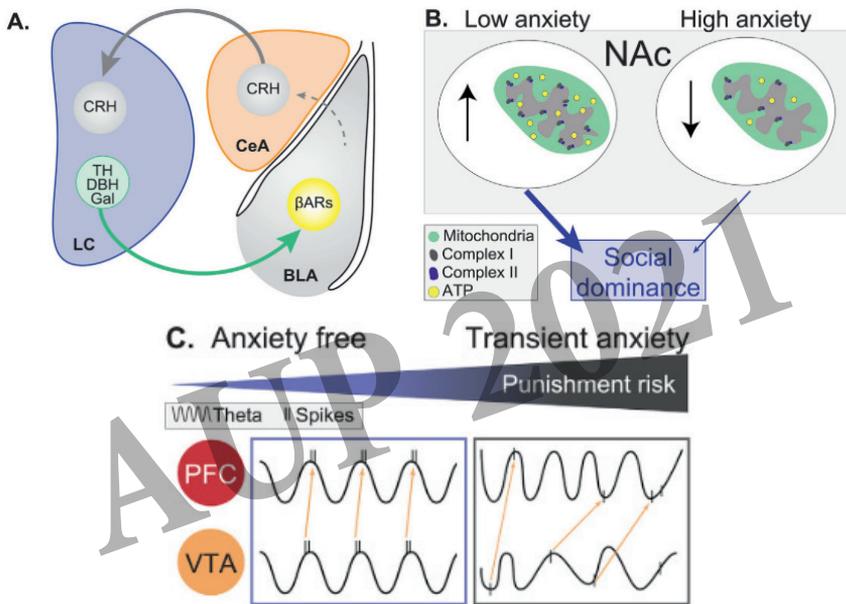


GAMBAR 5.8 Gambar atas: Sistem limbik: tampak lateral dan tampak sagital. Nac = nucleus accumbens; OFC = orbital frontal cortex; PAG = periaqueductal gray; VTA = ventral tegmental area. Gambar bawah: respons ketakutan sebagai proses dari area yang terlibat pada amigdala (Martin et al., 2010).

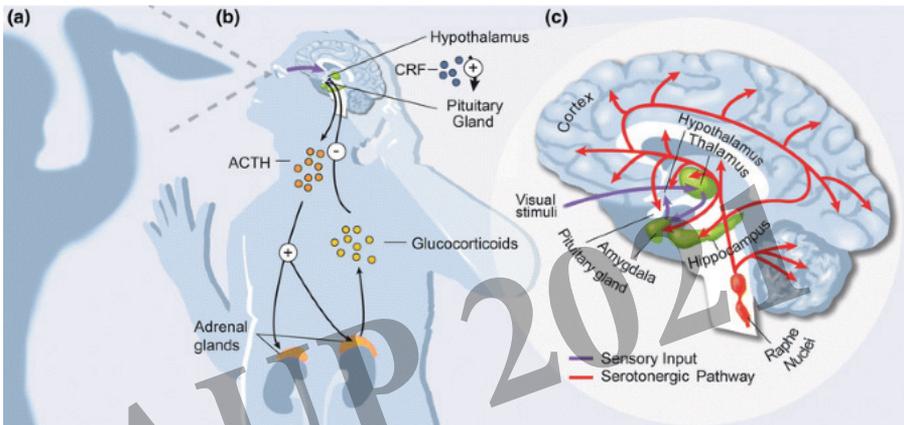
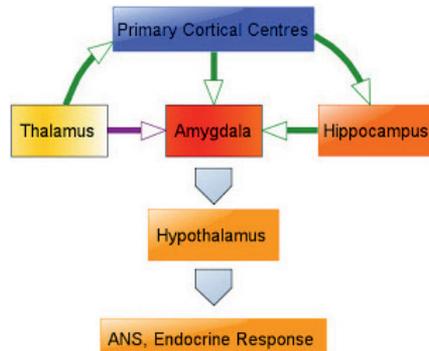
Patobiologi yang normal dari ansietas dimulai dari stimulus yang masuk diterima pancaindera sebagai respons dan melanjutkan informasi dari nukleus talamus ke area kortikal dari otak, seperti pusat visual primer di lobus osipital. Pusat kortikal menilai stimulus untuk arti dan terlibat dalam mentarget stimulus untuk area otak yang relevan lainnya. Dari korteks informasi dilanjutkan secara langsung ke amigdala atau tidak langsung melalui hipokampus. Hipokampus adalah bagian dari sistem limbik dan terlibat dalam memori eksplisit. Informasi dikontekstualisasi dengan stimulus lampau yang disimpan, dengan siapa, kapan, dan di mana memori itu terjadi. Dalam merespon stimulus baru, hipokampus membantu membentuk memori dari kejadian-kejadian baru. Amigdala mengintegrasikan informasi tentang penilaian dan stimulus kontekstual seperti apakah ancaman itu nyata atau tidak, sebelum memberikan respons emosi melalui sistem saraf otonom.

Perlu diperhatikan tentang penyebab organik gangguan ansietas. Penyebab organik dapat diduga bila onset dari gejala mendadak, perubahan dari medikasi pasien atau pasien mempunyai tanda dan gejala dari proses penyakit organik/fisik. Penyakit fisik yang dapat menyebabkan gejala ansietas antara lain: hipo- atau hipertiroid, disfungsi vestibular, penyakit jantung kongesti, aritmia jantung, penyakit paru obstruksi kronis, pneumonia, hiperventilasi, defisiensi vitamin B12, porfiria,

neoplasma, ensefalitis, emboli paru, pheochromocytoma, hiperadrenalin. Akibat gangguan neurologis seperti epilepsi lobus temporal atau TIA (*transient ischemic attacks*) atau gangguan psikiatri lain, misalnya gangguan ansietas yang lainnya, gangguan depresi mayor, gangguan bipolar, penyalahgunaan zat, misalnya kafein, albuterol, *levothyroxin* atau *decongestant*, atau gejala putus zat. Semua ini perlu disingkirkan (Miller, 2011). Gangguan penyakit fisik dapat menyebabkan ansietas melalui terjadinya sitokin pro-inflamasi yang akan memengaruhi area yang terlibat dalam kecemasan di otak sehingga timbul gejala kecemasan dan ketakutan.



GAMBAR 5.9 Sirkuit dan mekanisme molekuler dari stres dan ansietas. Gambar A. Locus coeruleus-Norepinefrin (LC-NE) memproyeksi ke nukleus basolateral amigdala (BLA) meningkatkan perilaku seperti kecemasan yang bekerja pada reseptor β -adrenergic (β ARs) dan melalui proyeksi ke struktur yang lebih bawah seperti amigdala sentral (CeA). Gambar B. Fungsi mitokondrial dan ansietas dari nukleus accumbens (Nac) dan pengaruhnya pada dominansi sosial. Gambar C. Jalur sinkronisitas antara prefrontal (PFC) dan ventral tegmental area (VTA) di bawah kemungkinan hukuman (*punishment*) yang berbeda. ATP = *adenosine triphosphate*; CRH = *corticotropin-releasing hormone*; TH = *tyrosine hydroxylase*; DBH = *dopamine beta-hydroxylase*; Gal = *galanin* (Daviu et al., 2019).



Keterangan: Rute panjang (panah hijau): stimulasi lambat dan akurat. Sensori yang diterima oleh pancaindera dipancarkan oleh nukelus di thalamus termasuk nukelus genikulat lateral untuk stimulasi visual, nukelus genikulat medial untuk stimulasi auditorik dan nukelus ventral posterior untuk proses proprioceptive, perabaan, suhu, nyeri, dll. **Rute pendek** (panah ungu) bekerja cepat dan kotor. Dari nukelus thalamus amigdala memotong pusat yang lebih tinggi dan hipokampus. Respons emosi terhadap stimulus lebih cepat dan terjadi saat ketakutan terkondisi bereaksi dengan berasumsi bahwa stimulus yang dipersepsi adalah nyata dan sesungguhnya. Di sini pusat yang lebih tinggi tidak terlibat sehingga tidak terjadi penilaian apakah nyata atau tidak, hanya karakteristik dari ancaman yang dianalisis. Berjalan bersama adalah rute panjang dan digunakan mengkonfirmasi apakah respons cepat ini akurat atau tidak.

Reaksi ketakutan terjadi sebagai reaksi dari ancaman nyata. Respons kecemasan timbul akibat ancaman yang tidak jelas dan tidak tepat. b) Proses fisiologi dari stimulus yang mengancam melalui rangsangan/informasi visual memasuki retina, diproses dan mengaktifkan hipotalamus. Selanjutnya akan merangsang HPA axis dengan melepaskan CRF (*corticotrophin-releasing factor*) dan merangsang kelenjar pituitari melepas ACTH (*adrenocorticotrophin-releasing hormone*) ke peredaran darah dan menyebabkan kelenjar adrenal melepaskan glukokortikoids (kortisol). Glukokortikoid mengikat reseptor di hipotalamus dan kelenjar pituitari, mencegah pelepasan CRF dan ACTH lebih lanjut.

c) Amigdala memproses stimulus (panah ungu): data visual ditangkap oleh retina diproses di talamus dan menginervasi amigdala (daerah hijau). Amigdala mengintegrasikan informasi memori dari hipokampus dan konteks dan kesadaran *autothetic* dari korteks (misalnya *orbitofrontal cortex*, *anterior cingulate cortex*). Amigdala secara timbal balik menginervasi berbagai regio di otak termasuk locus coeruleus, BNST (*bed nucleus of the stria terminalis*), *anterior insula*, and *hypothalamus*. Jalur serotonergik (panah merah): serotonin dilepaskan dari saraf presinaps dalam dorsal dan *median raphe nuclei* pada bagian tengah brainstem. Saraf serotonin menginervasi regio serebelum, talamus, hipokampus, hipotalamus, basal ganglia, korteks frontalis dan amigdala.

GAMBAR 5.10 Gambar atas: Alur skematik transmisi kecemasan. **Gambar bawah:** neurobiologi dari respons takut/ansietas: a) stimulus yang mengancam mendekati individu.

(<http://doodledoctor.blogspot.com/2010/12/ neurobiology-of-anxiety-and-fear.html>; Curran and Chalasani, 2012).

COVID-19 DAN ANSIETAS

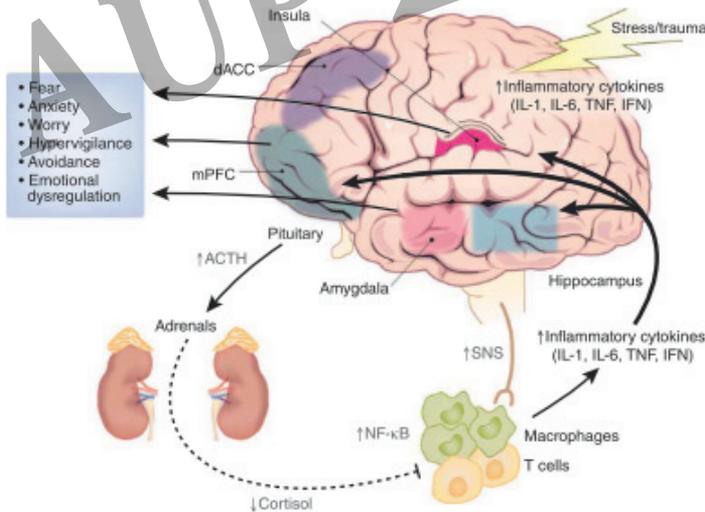
Prevalensi dari gangguan cemas menyeluruh di saat pandemi Covid-19 sebesar 35,1%, dibandingkan gangguan depresi sebesar 20,1% serta gangguan tidur sebesar 18,2%. Individu yang lebih mudah dilaporkan mempunyai prevalensi gangguan cemas menyeluruh dan gejala depresi yang lebih tinggi daripada lansia. Dibandingkan kelompok okupasi, kelompok pekerja kesehatan lebih mempunyai kualitas tidur yang buruk (Huang & Zhao, 2020).

Banyak pasien Asia tidak menggunakan kata kecemasan, mereka mengatakan tegang, *'tension'* atau *'nervousness'*. Menjadi cemas dipandang sebagai kelemahan dan inkompeten. Banyak pasien Asia dengan gangguan ansietas cenderung mempunyai keluhan fisik. Masalah fisik dirasakan lebih dapat beralasan dan dapat diterima dan mencari pertolongan dan mendapat simpati serta dukungan dari anggota keluarga dan teman. Banyak pasien dengan gangguan kecemasan juga mengalami depresi, sekitar 50% pasien gangguan ansietas mengalami gangguan depresi mayor (Miller, 2011).

Ansietas di saat pandemi Covid-19 merupakan ketakutan yang wajar karena terdapat bukti penyakit Covid mempunyai angka kematian (*case fatality rate*) yang cukup tinggi yaitu pada bulan Juni 2020 sebesar 1,5–14,5% dan menurun pada bulan Januari 2021 sebesar 1,1–4,1%, disertai variasi gejala yang mirip penyakit lain dan rentang keparahan yang luas, tidak dapat diprediksi kemampuan kekebalan tubuh seseorang dalam menghadapi virus ini. Penularan dapat terjadi melalui droplet yang mengandung virus dan diperparah karena masa inkubasi kira-kira 2 minggu sehingga menyebabkan individu tidak menyadari bahwa sudah terpapar

Covid-19 dan dapat menularkan pada orang lain, juga terdapat orang tanpa gejala (OTG) sehingga tanpa disadari dapat menularkan pada orang lain. Kondisi ini sangat meningkatkan kekhawatiran untuk bertemu orang lain dan terus menerus menjadi cemas serta terpaku pada kekhawatiran terjadi penularan.

Pada penderita Covid-19 juga terjadi ansietas secara biologis dengan melalui pembentukan sitokin pro-inflamasi yang akan menyebabkan gejala psikis gangguan afektif seperti kecemasan dan depresi. Paparan terhadap stimulus, stresor akut atau trauma pada individu berefek pada sistem neuroendokrin dan sistem saraf simpatis (SNS). Overaktivitas dari SNS dan penurunan aktivitas dari parasimpatis meningkatkan pelepasan sitokin pro-inflamatori, menekan kemampuan dari glukokortikoid untuk menghambat proses inflamasi dalam keadaan str kronik, juga berakibat pada kondisi pro-inflamasi yang dapat memengaruhi sistem neurotransmitter dan jalur saraf dan akhirnya memengaruhi perilaku. Sitokin berkontribusi untuk mempertahankan gejala ketakutan dan kecemasan dan memengaruhi koneksi area di otak yang terlibat yaitu amigdala, hipokampus, insula, *medial prefrontal cortex* (mPFC) dan *anterior cingulate cortex* (ACC) (Michopoulos *et al.*, 2017). Selain itu tentunya kecemasan secara psikologis akan terjadi pada penderita Covid -19 akibat terbayang ke depan apakah akan menjadi seperti pasien lain berakhir dengan kematian, atau sembuh dengan gejala sisa.



GAMBAR 5.11 Gangguan inflamasi dengan dasar ketakutan dan kecemasan (Michopoulos *et al.*, 2017)

DETEKSI DINI ANSIETAS

Beberapa instrumen untuk mengukur ansietas dapat membantu dengan cepat mengetahui secara dini pada diri seseorang kondisi ansietas. Skala *generalized anxiety disorder-7* (GAD-7). Rentang skor dari 0 hingga 21. *Cut off* kecemasan ringan = 5, sedang = 10 dan berat = 15. Walaupun pada awalnya instrumen ini untuk menskrining gangguan cemas menyeluruh, namun dapat digunakan untuk melihat gangguan panik, gangguan kecemasan sosial dan gangguan stres paska trauma. Untuk skrining berbagai gangguan kecemasan disarankan menggunakan *cut off* ≥ 10 (Locke, Kirst & Shultz, 2015).

Coronavirus Anxiety Scale (CAS) dibuat oleh Lee (2020) terdiri dari 5-skala likert dari 0 = tidak sama sekali hingga hampir tiap hari selama 2 minggu terakhir. Alat ukur ini mempunyai *cut score* 9, sensitivitas 90%, dan spesifisitas 85% (Lee, 2020).

TABEL 5.1 GAD-7 screening tool

GAD-7: Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Worrying too much about different things	0	1	2	3
Trouble relaxing	0	1	2	3
Being so restless that it is hard to sit still	0	1	2	3
Becoming easily annoyed or irritable	0	1	2	3
Feeling afraid as if something awful might happen	0	1	2	3
Total collumn score	A	B	C	D
Total score	A + B + C + D =			

TABEL 5.2 Brief Mental Health screener

Coronavirus Anxiety Scale (CAS): <i>How often have you experienced the following activities over the last 2 weeks?</i>	Not at all	Rare, less than a day or 2	Several days	More than 7 days	Nearly everyday over the last 2 weeks
<i>I feel dizzy, lightheaded or faint, when I read or listened to news about the corona virus</i>	0	1	2	3	4
<i>I had trouble falling or staying asleep because I was thinking about the corona virus</i>	0	1	2	3	4
<i>I felt paralyzed or frozen when I thought about or was exposed to information about the corona virus</i>	0	1	2	3	4
<i>I lost interest in eating when I thought about or was exposed to information about the corona virus</i>	0	1	2	3	4
<i>I felt nauseous or had stomach problems when I thought about or was exposed to information about the corona virus</i>	0	1	2	3	4
Total collumn score	A	B	C	D	E
Total score	A + B + C + D + E =				

Penjelasan singkat tentang berbagai tipe ansietas untuk mempercepat mendiagnosis gangguan ansietas diperinci dalam Tabel 5.3.

TABEL 5.3 Deskripsi singkat tentang berbagai macam gangguan ansietas didefinisikan menurut ICD-10 dan DSM-IV-TR

Gangguan Panik: Serangan panik adalah periode kecemasan yang sangat tinggi, intens, jelas dan tidak nyaman serta terjadi serangan panik secara berulang, diikuti oleh paling sedikit 4 gejala somatik dan fisik (palpitasi, berkeringat, bergetar, dispepsia, rasa tercekik, nyeri dada, mual, tak nyaman di perut, *dizziness*, merasa tidak nyata, ketakutan akan kematian, ketakutan akan gila, ketakutan serangan penyakit fisik, dll). Serangan panik mencapai puncak dalam waktu 10 menit dan berakhir rata-rata sekitar 30–45 menit. Biasanya individu merasa akan terjadi sesuatu kondisi fisik yang serius seperti serangan jantung, stroke, dll.

Agorafobia: sekitar 2/3 pasien gangguan panik mengalami ini. Ketakutan pada tempat atau situasi dimana tidak dapat melepaskan diri atau melarikan diri dan tidak ada pertolongan saat terjadi serangan panik yang mendadak. Situasi yang ditakutkan adalah berada di tempat keramaian, berdiri dalam antrian, di luar rumah sendirian, bepergian naik bus, kereta api, pesawat. Situasi seperti ini akan dihindari atau bertahan dengan *distress* yang jelas.

Gangguan Cemas Menyeluruh: gambaran utamanya adalah kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan dan terus menerus untuk berbagai hal sehari-hari yang belum terjadi, disertai gejala fisik/somatik seperti *restlessness*, iritabel, sulit konsentrasi, ketegangan otot, gangguan tidur, dan cepat lelah.

Fobia spesifik: adalah ketakutan yang sangat, irasional dan tidak beralasan terhadap satu obyek atau situasi misalnya naik pesawat, terhadap ketinggian, terhadap binatang tertentu, terhadap darah, balon, dll.

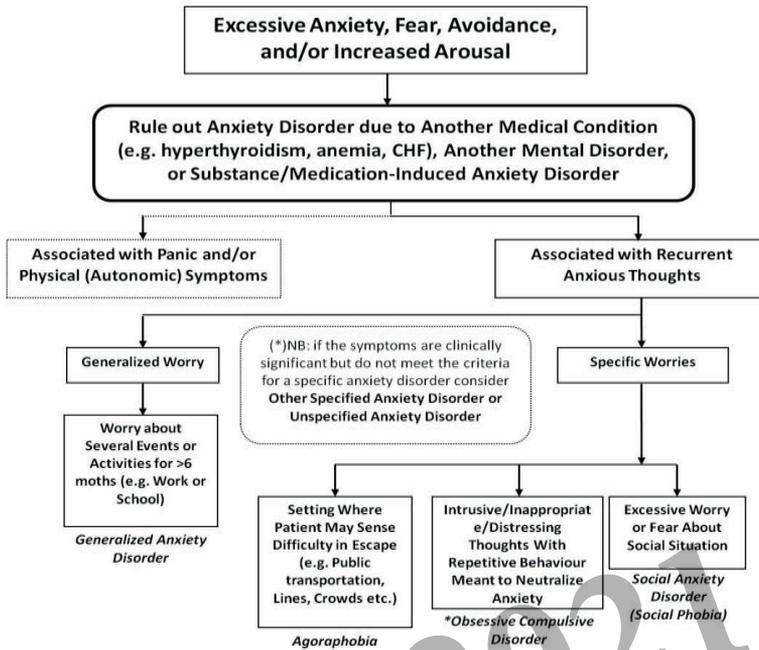
Gangguan Kecemasan Sosial: ketakutan yang sangat, menetap dan tidak beralasan untuk diobservasi atau dievaluasi negatif oleh orang lain pada tampilan sosial atau situasi interaksi dan berhubungan dengan gejala somatik dan kognitif. Situasi ketakutan dihindari atau dilakukan dengan *distress* yang intens. Termasuk ketakutan berbicara di depan umum, berbicara dengan orang asing, atau dipaparkan pada kemungkinan situasi diawasi orang lain. Ini bagian dari salah satu tipe fobia.

Gangguan Obsesi-Kompulsi: dicirikan oleh pikiran obsesi atau perbuatan kompulsi yang berulang-ulang atau keduanya, yang menyebabkan hendaya dalam bentuk distres, waktu dan mengganggu fungsi. Perhatian pada hal-hal menyangkut preokupasi pada kebersihan dan kontaminasi, hal merugikan, penimbunan, seksual, somatik dan religius adalah obsesi yang paling sering. Kompulsi yang sering adalah mencuci tangan, mengecek pintu dll, mengulang-ulangi, mengatur/menyusun, menumpuk barang, dan memegang sesuatu atau barang (agak jarang).

Gangguan Stres Pascatrauma (Post-Traumatic Stress Disorder/PTSD): terjadi setelah sesuatu kejadian mengerikan yang melibatkan kerugian fisik atau mengancam fisik. Individu yang mengalami PTSD adalah yang mengalami sendiri kejadian itu, atau kejadiannya terjadi pada orang yang disayangi atau individu menyaksikan peristiwa yang mengerikan tersebut yang terjadi pada orang yang dikenal maupun tidak dikenal. Gejalanya ditandai dengan distres berupa ingatan kembali dan mengganggu tentang peristiwa/mimpi buruk/perasaan berilusi/halusinasi/disosiatif/episode *flashback/distress* psikologik dan fisik yang intens pada paparan stimulasi yang menyerupai kejadian traumatik tersebut. Penghindaran dari rangsangan yang berasosiasi dengan trauma, ketidakmampuan untuk mengingat aspek penting dari traumanya, kehilangan minat, pengasingan terhadap orang lain, gangguan tidur, iritabilitas, sulit konsentrasi, sangat waspada (*hipervigilance*), *hiperarousal* dan respons terkejut yang berlebihan. Seluruh gejala ini terjadi lebih dari 1 bulan.

(Bandelow et al., 2012).

Sering terjadi komorbid antara beberapa gangguan ansietas sehingga perlu diperiksa apakah ada komorbiditas penyakit fisik maupun mental lainnya. Bukti menunjukkan bahwa gangguan cemas menyeluruh dan gangguan panik biasanya terjadi dengan paling sedikit satu gangguan psikiatri lain seperti gangguan *mood*, ansietas, atau gangguan penggunaan zat. Bila gangguan ansietas terjadi dengan kondisi lain, riwayat penyakit dan hasil laboratorium dapat membantu membedakan masing-masing diagnosis dan ini penting dalam merencanakan tata-laksana yang sesuai.



GAMBAR 5.12 Bagan penentuan diagnostik gangguan ansietas (Gautam et al., 2017).

ALUR DIAGNOSTIK

Adanya peningkatan kecemasan, ketakutan, dan penghindaran, selanjutnya perlu ditindaklanjuti dengan menentukan ada tidaknya kondisi medik umum yang secara langsung menimbulkan terjadinya kecemasan tersebut. Manakala tidak didapatkan kondisi medik umum yang signifikan menyebabkan kecemasan, maka kondisi kecemasan yang terjadi perlu dibedakan apakah berhubungan dengan kondisi panik dan atau gejala-gejala fisik otonomik, ataukah berhubungan dengan pikiran kecemasan yang berulang. Hal ini selanjutnya akan menentukan berbagai bentuk diagnosis gangguan cemas. Alur diagnostik gangguan cemas secara umum dicantumkan dalam Gambar 5.12.

MANAJEMEN KLINIS SINGKAT

Prinsip penanganan gangguan cemas adalah mendengarkan dengan sungguh-sungguh dan penuh atensi serta *compassion* dan memberikan penjelasan

dan psikoedukasi yang efektif dan memadai untuk memberikan pasien pemahaman tentang gejala penyakitnya dan segala sesuatu tentang penyakitnya. Yang penting adalah bahwa gejala fisik yang dialami tersebut tidak berhubungan dengan penyakit medis yang serius dan tidak berbahaya, tidak fatal seperti penyakit jantung, stroke, otak atau lainnya.

Mengajarkan pasien untuk menggunakan pernapasan perut pada saat awal merasa hiperventilasi atau serangan kecemasan atau panik datang. Sugestikan pasien menggunakan teknik relaksasi dan anjurkan pasien untuk mempraktikkan teknik bernapas perut lambat dan teknik relaksasi selama periode tidak panik. Berikan literatur yang memadai dan rekaman relaksasi yang menguatkan teknik relaksasi yang perlu dilakukan pasien (Miller, 2011). Membangun relasi dokter pasien yang efektif sangat penting pada pengobatan kecemasan dan perjalanan pengobatan selanjutnya.

Pengaturan pola kehidupan sangat direkomendasikan untuk menurunkan gejala ansietas termasuk pola makan dan pola tidur serta pola aktivitas fisik. Konsumsi minuman yang mencetuskan panik seperti mengandung kafein, stimulan, nikotin, dan stres. Pasien gangguan panik lebih sensitif terhadap kafein dari pada populasi umum karena polimorfisme genetik pada reseptor adenosin-nya. Menghentikan rokok akan berhubungan dengan peningkatan kecemasan, dan melakukan latihan fisik hingga 60–90% dari denyut nadi maksimal selama 20 menit dilakukan 3 kali seminggu menunjukkan penurunan ansietas, latihan yoga juga efektif.

Untuk gangguan panik akut, dapat diberikan benzodiazepin *short acting*. Golongan SSRI dan SNRI, *venlafaxine* adalah pilihan pertama. Setelah remisi, penanganan perlu dilanjutkan paling sedikit beberapa bulan untuk mencegah relaps. Golongan SSRI, SNRI, TCA, benzodiazepin menunjukkan efikasi jangka panjang dari studi-studi ini.

Untuk gangguan cemas menyeluruh, dapat diberikan golongan SSRI dan SNRI sebagai pilihan pertama dan pilihan kedua dapat diberikan pregabalina. Obat lain yang dapat digunakan adalah buspirone and *hydroxyzine*. Benzodiazepin digunakan hanya untuk terapi jangka panjang bila obat-obatan lain atau CBT gagal.

Untuk gangguan kecemasan sosial, pilihan medikasi pertama adalah golongan SSRI dan SNRI, *Venlafaxine*. Golongan benzodiazepin belum ada studi yang mendalam juga penggunaan TCA. Pilihan obat MAOI. *Phenelzine* mungkin dapat menjadi pilihan pengobatan untuk kasus tidak respons.

TABEL 5.4 Medikasi yang direkomendasikan untuk penanganan ansietas

	<i>Panic Disorder</i>	<i>Generalized Anxiety Disorder</i>	<i>Social Anxiety Disorder</i>	<i>Obsessive Compulsive Disorder</i>	<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs)					
<i>Citalopram</i>	20-60 (A;1)		20-40 (B; 3)		
<i>Escitalopram</i>	10-20 (A;1)	10-20 (A;1)	10-20 (A;1)	10-20 (A;1)	
<i>Fluoxetine</i>	20-40 (A;1)		20-40 (D;5)	20-60 (A;1)	20-40 (A; 1)
<i>Fluvoxamine</i>	100-300 (A;1)		100-300 (A;1)	100-300 (A;1)	
<i>Paroxetine</i>	20-60 (A;1)	20-50 (A;1)	20-50 (A;1)	20-60 (A;1)	20-40 (A;1)
<i>Sertraline</i>	50-150 (A;1)	50-150 (A;1)	50-150 (A;1)	50-200 (A;1)	50-100 (A;1)
Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)					
<i>Venlafaxine</i>	75-225 (A;1)	75-225 (A;1)	75-225 (A;1)		75-225 (A;1)
<i>Duloxetine</i>		60-120 (A;1)			
Tricyclic Antidepressants					
<i>Amitriptyline</i>					75-200 (B;3)
<i>Clomipramine</i>	75-250 (A;2)			75-300 (A;2)	
<i>Imipramine</i>	75-250 (A;2)				75-200 (B;3)
Calcium Channel Modulators					
<i>Pregabalin</i>		150-600 (A;1)			
<i>Gabapentin</i>			600-3.000 (B;3)		
MAO Inhibitors					
<i>Phenelzine</i>	45-90 mg (B;3)		45-90 (A;2)	45-90 (D;5)	45-90 (D;5)

	<i>Panic Disorder</i>	<i>Generalized Anxiety Disorder</i>	<i>Social Anxiety Disorder</i>	<i>Obsessive Compulsive Disorder</i>	<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
Reversible Inhibitor Of Monoamine Oxidase A (RIMA)					
<i>Moclobemide</i>			300-600 mg (D;5)		
Benzodiazepine					
<i>Alprazolam</i>	1.5-8 (A;2)				
<i>Clonazepam</i>	1-4 (A;2)		1.5-8 mg (B;3)		
<i>Diazepam</i>	5-20 (A;2)	5-15 (A;2)			
<i>Lorazepam</i>	2-8 (A;2)	2-8 (A;2)			
Atypical Antipsychotics					
<i>Quetiapine,</i>		50-300 (A;1)			
<i>Risperidone</i>					0.5-6 (B;3)
Tricyclic Antipsychotics					
<i>Opipramol</i>	50-150 (B;3)				
Azapirones					
<i>Buspirone</i>		15-60 (D;5)			
Noradrenergic And Specific Serotonergic Antidepressant (NASSA)					
<i>Mirtazapine</i>				30-60 (B;3)	30-60 (B;3)
Antihistamine					
<i>Hydroxyzine</i>		37.5-75 (A;2)			

(Bandelow et al., 2012)

TABEL 5.5 Medikasi untuk Gangguan Cemas Menyeluruh dan Gangguan Panik

<i>First Line</i>	<i>Second Line</i>	<i>Third Line</i>	<i>Augmentation</i>
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)	Tricyclic antidepressants (TCA)	Monoamine oxidase inhibitors§ (MAOI)	Benzodiazepines
<i>Escitalopram (Lexapro)</i>	<i>Amitriptyline†</i>	<i>Isocarboxazid (Marplan)†</i>	<i>Alprazolam (Xanax) ¶</i>
<i>Fluoxetine (Prozac)</i>	<i>Imipramine (Tofranil)‡</i>	<i>Phenelzine (Nardil)†</i>	<i>Clonazepam (Klonopin)**</i>
<i>Paroxetine (Paxil)</i>	<i>Nortriptyline (Pamelor)†</i>	<i>Tranylcypromine (Parnate)†</i>	<i>Diazepam (Valium) for GAD</i>
<i>Sertraline (Zoloft)</i>			<i>Lorazepam (Ativan)‡</i>
<i>Fluvoxamine for PD</i>			
Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRI)	Antiepileptics		
<i>Duloxetine (Cymbalta) for GAD</i>	<i>Pregabalin (Lyrica)† for GAD</i>		
<i>Venlafaxine (Effexor XR)</i>			
Azapirone	Antipsychotics		
<i>Buspirone (Buspar) for GAD</i>	<i>Quetiapine (Seroquel)† for GAD</i>		
	<i>Hydroxyzine (Vistaril)</i>		

||—Benzodiazepines may be used for augmentation during acute treatment. Dependence, tolerance, and escalating doses to get the same effect over the long term can be problematic with use of benzodiazepines. Short-term prescribing with emphasis on acute management of uncontrolled anxiety is preferred. Slowly tapered dosing can prevent rebound symptoms.

¶—Short-acting benzodiazepines, such as alprazolam, are not preferred because they have a higher risk of addiction and adverse effects.

(Locke, Kirst & Shultz, 2015).

Dalam kasus fobia spesifik, sering tidak berobat terutama bila dapat menghindari objek yang membuat fobia. Pilihannya adalah psikoterapi seperti terapi paparan. Medikasi tidak dikenal sebagai terapi standar pada kasus sederhana, namun pada kasus berat, SSRI dapat digunakan.

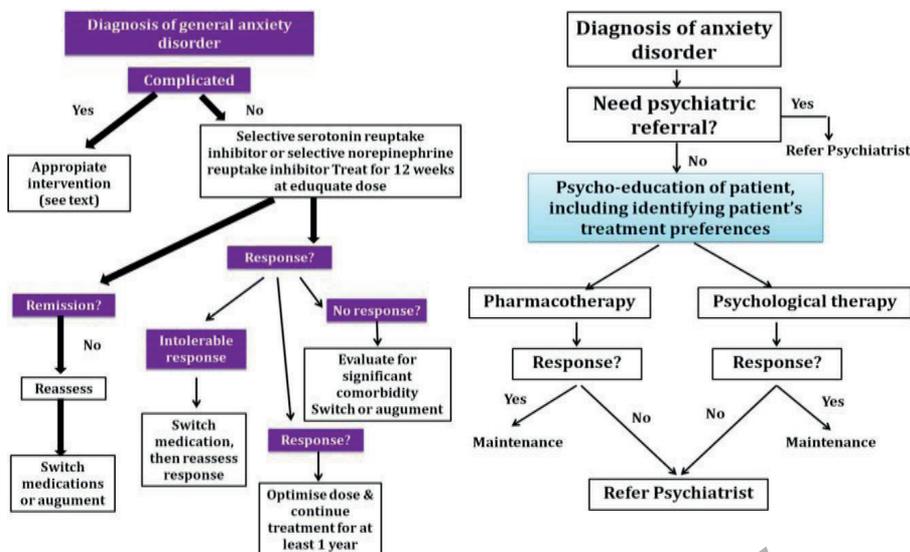
Dalam kasus gangguan obsesi kompulsi, pilihan medikasi pertama adalah SSRI dan TCA, *clomipramin*. Penggunaannya dosis medium hingga tinggi. Gangguan ini memerlukan pengobatan jangka panjang dan dosis yang efektif. “*The dose that makes you well, keeps you well*”. Bila semua medikasi dan psikoterapi sudah dilakukan dan tidak berhasil maka opsi lain adalah *deep brain stimulation*.

Untuk gangguan stres pasca trauma (PTSD), terapi lini pertama adalah SSRI dan SNRI, *venlafaxine*. Pengobatan PTSD jangka panjang paling sedikit 12–24 bulan. Efikasi jangka panjang terbukti untuk SSRI, *fluoxetine* dan *sertraline* dan SNRI, *venlafaxin*. Pada ibu hamil seharusnya dihentikan.

Pengobatan untuk anak dan remaja, maka SSRI adalah pilihan pertama. Ada peringatan pada penggunaan obat-obat antidepresan yaitu peningkatan risiko ide bunuh diri dan perilaku bunuh diri. Monitor secara cermat akan kemungkinan terjadinya komorbiditas gangguan depresi.

Pada populasi lansia, perlu memperhitungkan faktor kesehatan fisik yaitu penyakit kardiovaskular, serebrovaskular dan endokrin. Karena menunjukkan reaksi cemas yang adekuat dan beralasan yang berasosiasi dengan kondisi penyakit fisiknya dari waktu ke waktu. Juga dapat menderita komorbid gangguan ansietas primer yang ada bersama penyakit paru obstruktif menahun, penyakit jantung koroner atau infark miokard, diabetes melitus atau trauma kepala. Gejala ansietas juga sebagai konsekuensi kondisi medis umum seperti hipertiroid. Untuk pasien dengan gangguan jantung penggunaan TCA harus dihindari. Sebaliknya SSRI mempunyai efek pada jantung yang sedang, walaupun pada dosis tinggi seperti *citalopram* dan *escitalopram* dapat memanjangkan QTc dan mungkin mempunyai potensi efek bermanfaat pada agregasi platelet. *Venlafaxine* biasanya dapat ditoleransi, tetapi perlu monitor tekanan darah pada pasien hipertensi (Locke, Kirst & Shultz, 2015).

Bila pasien telah ditangani dan tidak respons setelah 2 kali pengobatan dengan terapi lini pertama dan dengan dosis optimal dan lama pemberian medikasi cukup maka dapat dirujuk kepada psikiater atau bila gangguan kecemasannya kompleks bersama penggunaan zat atau alkohol dan berpengaruh pada fungsi sosial dan pekerjaan atau bila ada depresi sekunder. Pada pasien dengan ide atau perilaku bunuh diri juga perlu dirujuk kepada pelayanan spesialisik.



GAMBAR 5.13 Algoritme penanganan farmakoterapi dari gangguan cemas menyeluruh dan Alur penanganan gangguan cemas hingga rujukan kepada psikiater (Gale & Millichamp, 2007)

Medikasi yang digunakan untuk penanganan gejala Covid-19 adalah atazanavir (ATV), *azithromycin* (AZI), *chloroquine* (CLQ)/*hydroxychloroquine* (HCLQ), *dipyridamole*, *famotidine* (FAM), favipiravir, lopinavir/ritonavir (LPV/r), *nitazoxanide*, remdesivir, ribavirin dan tocilizumab. Banyak *adverse effect* yang serius dan potensial interaksi obat dengan psikotropika diketahui. Medikasi yang bermasalah adalah ATV, AZI, CLQ, HCLQ, FAM and LPV/r diketahui mempunyai efek interaksi obat baik secara farmakokinetika maupun farmakodinamika, seperti perpanjangan QTc dan neutropenia. Penggunaannya perlu berhati-hati hingga penelitian untuk terapi Covid-19 tersedia (Bishara, Kalafatis & Taylor, 2020)

Interaksi obat psikotropika khususnya obat ansietas dengan obat lain khususnya obat-obatan untuk Covid-19 perlu diperhatikan agar pasien tidak mengalami efek samping yang akan memperparah penyakit dan komorbiditasnya (Bishara, Kalafatis & Taylor, 2020).

TABEL 5.6 Interaksi psikotropika dengan medikasi antivirus untuk COVID-19

Antipsychotics	ATV	AZI	CLQ	DIP	FAM	FAVI	HCLQ	LPV/r	NITAZ	RDV	RBV	TCZ
Amisulpride	↔	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔	↔	↔	↔
Aripiprazole	↑ A	↔	↑ A	↔	↔ (QTc)	↑ A(t)	↑ A	↑ A	↔	↔	↔	↔
Chlorpromazine	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↑ CPM(QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↑ CPM(QTc)	↑ C (QTc)	↔	↔	↔	↔
Clozapine	↑ ATV/C (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc, FBC)	↔	↑ C(t) (QTc)	↑ C (t)	↔ (QTc, FBC)	↑ C (QTc)	↔	↓ C(t)	↑ RBV (FBC)	↔ (FBC)
Fluphenazine	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ F (QTc)	↔	↔	↔	↔
Haloperidol	↑ H (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ H (QTc)	↔	↔	↑ RBV	↔
Iloperidone	↑ I (QTc)	↔ (QTc)	↑ I (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ I (t)	↑ I (QTc)	↑ I (QTc)	↔	↔	↔	↔
Levomopromazine	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ L (QTc)	↔	↔	↔	↔
Lurasidone	↑ L (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ L (t)	↔ (QTc)	↑ L (QTc)	↔	↔	↔	↔
Olanzapine	↔	↔ (QTc)	↑ O (QTc)	↔	↑ O (t) (QTc)	↑ O (t)	↑ O (QTc)	↓ O	↔	↓ O (t)	↔	↔
Paliperidone	↑ P	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ P	↔ (QTc)	↑ P	↔	↔	↑ P	↔
Pipotiazine	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ P (QTc)	↔	↔	↔	↔
Quetiapine	↑ Q (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ Q (t)	↔ (QTc)	↑ Q (QTc)	↔	↔	↑ Q	↔
Risperidone	↑ R (QTc)	↔ (QTc)	↑ R (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ R (t)	↑ R (QTc)	↑ R (QTc)	↔	↔	↔	↔
Sulpiride	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔	↔	↔
Ziprasidone	↑ Z (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ Z (t)	↔ (QTc)	↑ Z (QTc)	↔	↔	↔	↔
Zucloptentol	↑ Z (QTc)	↔ (QTc)	↑ Z (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ Z (t)	↑ Z (QTc)	↑ Z (QTc)	↔	↔	↔	↔
Antidepressants												
Agomelatine	↔	↔	↔	↔	↑ A (t)	↑ A (t)	↔	↓ A	↔	↓ A (t)	↔	↔
Amitriptyline	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↑ CLQ(t) (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↑ CLQ(t) (QTc)	↑ A (QTc)	↔	↔	↑ RBV	↔
Bupropion	↔	↔	↑ CLQ(t) (seizure)	↔	↔	↔	↑ CLQ(t) (seizure)	↓ B	↔	↓ B(t)	↑ B	↔
Citalopram	↑ C (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ C (QTc)	↔	↔	↔	↔
Ciomipramine	↑ C (QTc)	↔ (QTc)	↑ C (t) (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ C(t)	↑ C(t) (QTc)	↑ C (QTc)	↔	↔	↑ C	↔
Desipramine	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ (QTc)	↔	↔	↑ D	↔
Duloxetine	↔	↔	↑ CLQ (t)	↔	↔	↔	↑ CLQ (t)	↑ ↓ D	↔	↔	↑ RBV	↔
Escitalopram	↑ E (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ E (t)	↔ (QTc)	↑ E (QTc)	↔	↔	↔	↔
Fluoxetine	↔	↔ (QTc)	↑ CLQ/F (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ F (t)	↑ CLQ/F (QTc)	↑ F	↔	↔	↔	↔
Imipramine	↑ I (QTc)	↔ (QTc)	↑ I (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ I (t)	↑ I (QTc)	↑ I (QTc)	↔	↔	↑ RBV	↔
Mirtazapine	↑ M	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ M (t)	↔ (QTc)	↑ M	↔	↔	↔	↔
Nortriptyline	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↑ N (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ N (t)	↑ N (QTc)	↑ N (QTc)	↔	↔	↔	↔
Paroxetine	↑ ↓ ?	↔ (QTc)	↑ CLQ(t) (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↑ CLQ(t) (QTc)	↑ ↓ ?	↔	↔	↔	↔
Phenelzine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ RBV	↔
Reboxetine	↑ R	↔	↔	↔	↔	↑ R(t)	↔	↑ R	↔	↔	↔	↔
Sertraline	↑ S	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↓ S	↔	↔	↔	↔
Tranlycypromine	↑ T	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ T	↔	↔	↔	↔
Trazodone	↑ T (QTc)	↔ (QTc)	↔ (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ T(t)	↔ (QTc)	↑ T (QTc)	↔	↔	↔	↔
Timipramine	↔	↔ (QTc)	↑ T (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ T(t)	↑ T (QTc)	↑ T	↔	↔	↔	↔
Venlafaxine	↑ V	↔ (QTc)	↑ V(t) (QTc)	↔	↔ (QTc)	↑ V(t)	↑ V(t) (QTc)	↑ V	↔	↔	↑ RBV	↔
Vortioxetine	↔	↔	↑ V(t)	↔	↔	↑ V(t)	↑ V(t)	↑ V	↔	↔	↑ V	↔

Antidepressants	ATV	AZI	CLQ	DIP	FAM	FAVI	HCLQ	LPV/r	NITAZ	RDV	RBV	TCZ
Fluoxetine	↔	↔(QTc)	↑CLQ/F (QTc)	↔	↔(QTc)	↑F (t)	↑CLQ/F (QTc)	↑F	↔	↔	↔	↔
Imipramine	↑(QTc)	↔(QTc)	↑(QTc)	↔	↔(QTc)	↑(t)	↑(QTc)	↑(QTc)	↔	↔	↑RBV	↔
Mirtazapine	↑M	↔(QTc)	↔(QTc)	↔	↔(QTc)	↑M (t)	↔(QTc)	↑M	↔	↔	↔	↔
Nortriptyline	↔(QTc)	↔(QTc)	↑N (QTc)	↔	↔(QTc)	↑N (t)	↑N (QTc)	↑N (QTc)	↔	↔	↔	↔
Paroxetine	↑↓?	↔(QTc)	↑CLQ(t) (QTc)	↔	↔(QTc)	↔	↑CLQ(t) (QTc)	↑↓?	↔	↔	↔	↔
Phenelzine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑RBV	↔
Reboxetine	↑R	↔	↔	↔	↔	↑R(t)	↔	↑R	↔	↔	↔	↔
Sertraline	↑S	↔(QTc)	↔(QTc)	↔	↔(QTc)	↔	↔(QTc)	↓S	↔	↔	↔	↔
Tranylcypromine	↑T	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑T	↔	↔	↔	↔
Trazodone	↑T (QTc)	↔(QTc)	↔(QTc)	↔	↔(QTc)	↑T(t)	↔(QTc)	↑T (QTc)	↔	↔	↔	↔
Timipramine	↔	↔(QTc)	↑T (QTc)	↔	↔(QTc)	↑T(t)	↑T (QTc)	↑T	↔	↔	↔	↔
Venlafaxine	↑V	↔(QTc)	↑V(t) (QTc)	↔	↔(QTc)	↑V(t)	↑V(t) (QTc)	↑V	↔	↔	↑RBV	↔
Vortioxetine	↔	↔	↑V(t)	↔	↔	↑V(t)	↑V(t)	↑V	↔	↔	↑V	↔
Benzo/hypnotics												
Clonazepam	↑C	↔	↔	↔	↔	↑C(t)	↔	↑C	↑C(t)	↔	↑C	↔
Diazepam	↑D	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑D	↑D	↔	↑D	↔
Lorazepam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑L	↔	↔	↔
Midazolam (oral)	↑M	↔	↔	↔	↔	↑M(t)	↔	↑M	↑M	↔	↑RBV	↔
Midazolam (parenteral)	↑M	↔	↔	↔	↔	↑M(t)	↔	↑M	↑M	↔	↑RBV	↔
Oxazepam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑O	↔	↑O	↔
Zalpidem	↑Z	↔	↔	↔	↔	↑Z(t)	↔	↑Z	↔	↔	↔	↔
Zopiclone	↑Z	↔	↔	↔	↔	↑Z	↔	↑Z	↔	↔	↔	↔
Mood Stabilisers												
Carbamazepine	↑C↓ ATV		↓CLQ (FBC, seizure)	↔	↔	↑C(t)	↓CLQ (FBC, seizure)	↑C↓LPV/r	↔	↓RDV	↑C (FBC)	↓C (FBC)
Lamotrigine	↔	↔	↔(seizure)	↔	↔	↑L(t)	↔(seizure)	↓L	↔	↔	↑RBV	↔
Lithium	↔(QTc)	↔(QTc)	↔(QTc)	↔	↔(QTc)	↔	↔(QTc)	↔(QTc)	↔	↔	↑L	↔
Valproate	↔	↔	↔(seizure)	↔	↔	↑V	↔(seizure)	↓V	↑V	↔	↔	↔
Dementia drugs												
Donepezil	↑D	↔(QTc)	↔	↔	↔(QTc)	↑D(t)	↔	↑D	↔	↔	↔	↔
Rivastigmine	↔	↔(QTc)	↔	↔	↔(QTc)	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Galantamine	↑G	↔(QTc)	↑G	↔	↔(QTc)	↑G(T)	↑G	↑G	↔	↔	↔	↔
Memantine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Other												
Pregabalin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑RBV	↔

ATV, atazanavir; AZI, azithromycin; CLQ, chloroquine; CYP, cytochrome P450; DIP, dipyrindamole; ECG, electrocardiogram; FAM, famotidine; FAVI, favipiravir; FBC, full blood count; HCLQ, hydroxychloroquine; LPV/r, lopinavir/ritonavir; NITAZ, nitazoxanide; RDV, remdesivir; RBV, ribavirin; TCZ, tocilizumab.

Text Legend

- ↑ Potential increase exposure of drug specified
- ↓ Potential decrease exposure of drug specified
- ↔ No significant effect on drug serum levels
- QTc One or both drugs may cause QT and/or PR prolongation. ECG monitoring advised
- FBC One or both drug may cause bone marrow suppression. Monitor FBC
- Seiz One or more drugs may reduce seizure threshold. Monitor closely
- (t) Theoretical drug interaction based on CYP metabolism, however no specific reports
- These drugs should not be co-administered
- Potential interaction which may require a dose adjustment or dose monitoring
- Potential interaction likely to be of weak intensity. Additional action/monitoring or dosage adjustment unlikely to be required
- No clinically significant interaction expected

(Modifikasi dari Bishara, Kalafatis & Taylor, 2020).

Intervensi psikoterapi yang dianjurkan dijelaskan pada Tabel 5.7

TABEL 5.7 Intervensi perilaku untuk penanganan Gangguan Cemas Menyeluruh, Gangguan Panik dan gejala yang berkait dengan ansietas

Intervention	Description
<p>Cognitive Behavior Therapy</p> <p>(DiTomasso RA, Golden BA, Morris HI, eds. <i>Handbook of Cognitive-Behavior Approaches in Primary Care</i>. New York, NY: Springer, 2010 and Craske MG. <i>Cognitive-Behavioral Therapy</i>. Washington, DC: American Psychological Association, 2010).</p>	<p><i>This intervention is useful in treating anxiety disorders. The cognitive portion assists change in thinking patterns that support fears, whereas the behavior portion often involves training patients to relax deeply and helps desensitize patients to anxiety-provoking triggers</i></p> <p><i>To be effective, therapy must be directed at the patient's specific anxieties and tailored to his or her needs. There are minimal adverse effects, except that behavior desensitization is typically associated with temporary mild increases in anxiety</i></p>
<p>Mindfulness-based stress reduction</p> <p>(Brantky J. <i>Mindfulness-based stress reduction</i>. In: Orsillo SM, Roemer L, eds. <i>Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety. Conceptualization and Treatment</i>. New York, NY: Springer; 2005; 131–145).</p>	<p><i>This intervention promotes focused attention on the present, acknowledgment of one's emotional state and meditation for further stress reduction and relaxation</i></p> <p><i>Key features include moment to moment awareness cultivated with a nonjudgemental attitude, formal meditation techniques, and daily practices</i></p>

(Miller, 2011)

Penanganan psikoterapi untuk gangguan cemas dapat dilakukan antara lain psikoedukasi, terapi perilaku seperti desensitisasi sistematis, *flooding*, dan *modelling*. Terapi Kognitif Perilaku untuk mengenali ketakutan sebagai hal yang tidak beralasan dan untuk memutuskan pola kecemasan. Terapi psikodinamika untuk menguak konflik yang mendasari ketakutan yang ekstrem (Miller, 2011). Untuk gangguan cemas menyeluruh dapat dilakukan CBT yang berdasarkan model kognitif dengan penekanan pada kekhawatiran, kognisi, dan perilaku penghindaran, sedangkan gangguan kecemasan sosial sebagai gangguan kronik

dan memerlukan terapi jangka panjang, efektif dengan terapi paparan dan CBT (Locke, Kirst & Shultz, 2015).

Terapi Pemaparan (*Exposure Therapy*)

Gangguan panik sangat menonjol dengan gejala cemas antisipasi, kekhawatiran akan terjadinya kembali serangan panik. Penanganan dengan terapi paparan bermaksud untuk menurunkan asosiasi antara badan dan reaksi panik. Paparannya berupa induksi panik melalui latihan kardiovaskular yang meningkatkan denyut nadi, memutar dengan cepat di kursi putar agar terjadi *dizziness* dan hiperventilasi agar terjadi kesulitan bernapas. Tanda ini diulang-ulangi hingga terjadi habituasi dan pasien belajar bahwa sensasi tubuh adalah normal dan tidak selalu menjadi serangan panik. Gangguan cemas dengan agorafobi dapat dilakukan paparan situasional melibatkan paparan berulang pada objek atau situasi tertentu yang dihindari seperti tempat yang ramai dan padat.

Restrukturisasi kognisi (*Cognitive restructuring*)

Gangguan panik sering juga terdapat keyakinan yang tidak rasional misalnya 'bila saya menghindari situasi di mana saya mendapat serangan panik pertama, maka panik tidak akan menyerang lagi.' Terapis merestrukturisasi proses pemikiran ini dan mengajarkan pasien untuk menilai sensasi tubuh lebih akurat dan mengolah gejala fisik dari ansietas.

Pelatihan napas (*Breathing retraining*)

Terapis mengajarkan pasien teknik bernapas yang sesuai. Pasien diminta untuk menarik napas dalam lambat dan melakukan napas perut/abdominal atau pernapasan diafragma, bukan pernapasan yang dilakukan seperti biasa yaitu napas cepat dan dangkal. Melatih berulang sangat penting karena pasien gangguan panik cenderung mengalami hiperventilasi.

Latihan relaksasi (*Relaxation training*)

Latihan ini sudah sangat umum dilakukan dan teknik yang efektif adalah latihan *progressive muscle relaxation*. Pasien diajak berlatih merilekskan otot secara progresif dan merefleksikan kelompok otot utama. Teknik relaksasi yang lain adalah meditasi, mendengarkan rekaman relaksasi, visualisasi positif dan *positive mental imaging*, serta secara kultural yang populer pada populasi Asia adalah latihan tai chi dan chi gong, mungkin dapat menolong.

Psikoedukasi

Psikoedukasi sangatlah penting dan dilakukan sejak dari penanganan pertama. Psikoedukasi yang tepat akan membawa pasien pada pemahaman dan mereduksi kecemasannya. Konten psikoedukasi disesuaikan dengan kebutuhan pasien secara bertahap dapat diberikan. Pada akhirnya seluruh pengetahuan yang diperlukan pasien sehubungan dengan gangguan ansietasnya akan dipahami. Pertama-tama sampaikan bahwa pasien tidak perlu mencari-cari di internet ataupun bertanya-tanya pada orang yang bukan kompetensinya karena akan makin membingungkan, kedua bertanya pada sesama penderita gangguan ansietas akan menambah kebingungan karena tiap pasien adalah unik, tidak dapat disamakan baik dinamika terjadinya ansietas, reaksi individu, respons keluarga dan lingkungan serta medikasi yang didapatkan. Tetap melakukan rutinitas sehari-hari walaupun terasa kurang nyaman, tetap beraktivitas untuk mengisi waktu kehidupan dan melakukan pola hidup sehat, dapat dilakukan tambahan latihan relaksasi, meditasi, yoga, olahraga ringan, rekreasi, dan lain-lain. Mencari hobi yang bermanfaat dan dinikmati di tengah kesibukan sehari-hari adalah penting.

Psikoedukasi efektif dalam mereduksi keparahan gejala ansietas, distress psikologis, depresi dan nyeri dan meningkatkan kepuasan terapi dan kualitas hidup. Cara pelaksanaan psikoedukasi dapat berbasis individual atau kelompok, dengan tatap muka atau memberikan sosialisasi berupa brosur, video edukasi, menunjukkan situs web yang baik kepada pasien dan keluarga. Isi edukasi paling tidak meliputi gejala, penyebab, kondisi yang memperparah, kondisi yang dapat meringankan, deteksi dini, akibat bila tidak ditangani, cara penanganan *self-management* untuk mengontrol gejala ansietas, medikasi, non-medikasi, dukungan keluarga, dan lain-lain. Hasil sistematik review dari tahun 2000 hingga 2017 menunjukkan bahwa pemberian psikoedukasi efektif dan menetap dalam jangka panjang (Rodrigues *et al.*, 2018).

RINGKASAN

Dalam menghadapi penyebaran virus *Corona*, kita masyarakat Indonesia sebenarnya tidak perlu merasa khawatir secara berlebihan apalagi panik. Sebab, kepanikan yang berlebihan justru akan memicu tindakan irasional dan bahkan bisa membuat keadaan lebih buruk. Situasi saat ini yang perlu kita lakukan adalah menggali informasi yang benar seputar virus *Corona* dan penyakit yang

ditimbulkannya dari sumber-sumber terpercaya dan mencernanya dengan pikiran jernih. Pengetahuan yang cukup akan membuat kita waspada dan bertindak rasional dan realistis dalam mencegah diri kita tertular Virus *Corona*. Kekhawatiran diolah dengan melihat kenyataan dan melakukan pencegahan yang utama adalah dengan melakukan protap kesehatan secara ketat dan disiplin terus menerus dan tidak bosan. Inilah senjata alami kita memerangi virus *Corona*.

Pasien gangguan cemas dapat diterapi oleh dokter primer secara efektif. Dengan pengobatan yang adekuat, kualitas hidup pasien akan meningkat. Kombinasi medikasi dan psikoterapi dapat terjadi perbaikan yang lebih baik. Prinsip penanganan berbasis pedoman penatalaksanaan akan terencana dan mudah dievaluasi. Walaupun demikian, tantangan pada pasien tertentu masih tidak remisi sempurna sehingga pada kasus tertentu perlu dilakukan rujukan kepada dokter spesialis kedokteran jiwa. Penanganan berbasis personal dan individual juga perlu diperhatikan berdampingan dengan opsi pengobatan yang tersedia (Bandelow *et al.*, 2012).

Pandemi Covid-19 telah mengubah seluruh kebiasaan manusia, menjadi normal baru. Mungkin ini cara bumi menyeimbangkan kembali isinya. Banyak korban manusia diakibatkannya. Manusia perlu tetap bersyukur dan ikhlas berusaha sambil introspeksi apa yang telah dilakukannya selama ini untuk menjaga bumi ciptaan Sang Maha Kuasa. Hanya manusia yang mampu beradaptasi, tidak menjadi cemas, panik atau depresi, terus berpikir positif dan fokus pada strategi solusi akan selamat dan sambil berdoa kepada Sang Pencipta. Semoga kita semua dapat terus bersama menjalani dan menikmati kehidupan baru ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R. *et al.* 2012. Guidelines for the Pharmacological Treatment Of Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder And Posttraumatic Stress Disorder In Primary Care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(20):77-4 doi: 10.3109/13651501.2012.667114.
- Bandelow, B. & Michaelis, S. 2015. Epidemiology of Anxiety Disorders in the 21st Century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3): 327–335. doi: 10.1016/j.siny.2015.10.004.
- Bishara, D., Kalafatis, C. & Taylor, D. 2020. Emerging and Experimental Treatments for COVID-19 and Drug Interactions with Psychotropic Agents. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 10:204512532093530. doi: 10.1177/2045125320935306.

- Boopathi, S., Poma, A.B. & Kolandaivel, P. 2021. Novel 2019 coronavirus structure, mechanism of action, antiviral drug promises and rule out against its treatment. *Journal of Biomolecular Structure and Dynamics*, 39(9):3409-3418. doi: 10.1080/07391102.2020.1758788.
- Curran, K.P. & Chalasani, S.H. 2012. Serotonin circuits and anxiety: What can invertebrates teach us? *Invertebrate Neuroscience*, 12(2):81-92. doi: 10.1007/s10158-012-0140-y.
- D'ardes, D., Boccatonda, A., Rossi, I. *et al.* 2020. COVID-19 and RAS: Unravelling an unclear relationship. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(8):1-8. doi: 10.3390/ijms21083003.
- Daviu, N., Bruchas, M. R., Moghaddam, B. *et al.* 2019. Neurobiological links between stress and anxiety. *Neurobiology of Stress*, 11(4): 100191. doi: 10.1016/j.ynstr.2019.100191.
- Denning, D.W., Kilcoyne, A. & Ucer, C. 2020. Non-infectious status indicated by detectable IgG antibody to SARS-CoV-2. *British Dental Journal*, 229(8):521-524. doi: 10.1038/s41415-020-2228-9.
- Dewanti, A.K. 2020. Virus Corona Masuk Indonesia, Stop Kepanikan. *Arsip Publikasi Ilmiah Biro Administrasi Akademik dalam Bhirawa Opini* Halaman 4.
- Gale, C.K. & Millichamp, J. 2007. Generalised anxiety disorder. *BMJ clinical evidence*, 2007(3): 175-179.
- Gandhi, R.T., Lynch, J.B. & del Rio, C. 2020. Mild or Moderate Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 383:1757-1766. doi: 10.1056/nejmcp2009249.
- Garrigues, E., Janvier, P., Kherabi, Y. *et al.* 2020. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *Journal of Infection*, 81(6):e4-e6. doi: 10.1016/j.jinf.2020.08.029.
- Gautam, S., Jain, A., Gautam, M. *et al.* 2017. Clinical Practice Guidelines for the Management of Generalised Anxiety Disorder (GAD) and Panic Disorder (PD). *Indian Journal of Psychiatry*, 59(5):S67-S73. doi: 10.4103/0019-5545.196975.
- Hamming, I., Timens, W., Bulthuis, M. L. C. *et al.* 2004. Tissue distribution of ACE2 protein, the functional receptor for SARS coronavirus. A first step in understanding SARS pathogenesis. *Journal of Pathology*. 203(2):631-7. doi: 10.1002/path.1570.
- Huang, Y. & Zhao, N. 2020. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*, 288:112954.
- Lee, S. A. 2020. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7): 393-401. doi: 10.1080/07481187.2020.1748481.
- Locke, A. B., Kirst, N. & Shultz, C. G. 2015. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*, 91(9): 617-624.

- Madabhavi, I., Sarkar, M. & Kadakol, N. 2020. CoviD-19: A review. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 90(2)doi: 10.4081/monaldi.2020.1298.
- Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E. *et al.* 2010. The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology. *Clinics in Laboratory Medicine*, 32(3):549-575. doi: 10.1016/j.cll.2010.07.006.
- Michopoulos, V., Powers, A., Gillespie, C.F. *et al.* 2017. Inflammation in Fear-and Anxiety-Based Disorders: PTSD, GAD, and beyond. *Neuropsychopharmacology*, 42(1):254-270. doi: 10.1038/npp.2016.146.
- Miller, V. 2011. Anxiety disorders. *Australian Family Physician*, 40(10): 755.
- Miyazaki, M., Martin, J. J. B., Stein, D. J. *et al.* 2016. Anxiety disorders in *The Curated Reference Collection in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. English: Elsevier Science Ltd. doi: 10.1016/B978-0-12-809324-5.02115-5.
- Que, J., Shi, L., Deng, J. *et al.* 2020. Psychological impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers: A cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3):e100259. doi: 10.1136/gpsych-2020-100259.
- Rodrigues, F., Bartolo, A., Pacheco, E. *et al.* 2018. Psycho-Education for Anxiety Disorders in Adults: A Systematic Review of its Effectiveness. *Journal of Forensic Psychology*, 03(02): 1-5. doi: 10.4172/2475-319x.1000142.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R. *et al.* 2020. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(57):1-11. doi: 10.1186/s12992-020-00589-w.
- Setiati, S. & Azwar, M.K. 2020. COVID-19 and Indonesia. *Acta medica Indonesiana*, 52(1): 84-89.
- Setiawati, Y., Wahyuhadi, J., Joestandari, F. *et al.* 2021. Anxiety and Resilience of Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Indonesia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14:1-8. doi: 10.2147/jmdh.s276655.
- Sher, L. 2020. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 113(10):707-712. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202.
- Stanton, R., To, Q. G., Khalesi, S. *et al.* 2020. Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11):1-13. doi: 10.3390/ijerph17114065.
- Szczęśniak, D., Gładka, A., Misiak, B. *et al.* 2021. The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 113(10):707-712. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110046.

- Wang, L., Wang, Y., Ye, D. *et al.* 2020. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(6):105948. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105948.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F. *et al.* 2020. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277:55-64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001.

AUP 2021

PANDEMI COVID-19 DAN DEPRESI

6

B. Handoko Daeng

PENDAHULUAN

Infeksi *Coronavirus* baru, merupakan suatu infeksi yang sifatnya akut, cepat dan mudah sekali menular, serta dampak somato-psikososial dan ekonomi yang luas dan serius, serta kemudian bisa berkembang menjadi suatu penyakit atau gangguan yang sifatnya menahun.

Jauh sebelum *outbreak* Covid-19, tahun 2020 merupakan tahun yang dinyatakan oleh WHO bahwa Depresi merupakan gangguan yang menduduki peringkat ke dua dalam morbiditas, setelah penyakit jantung dan pembuluh darah. Pada Maret 2020, Joko Widodo, Presiden Republik Indonesia mengumumkan tentang ditemukannya kasus Covid-19 di Indonesia. Hal ini menambah insidensi dan prevalensi depresi yang sebelumnya sudah ada.

Pada akhir Juli 2020, seorang pasien Covid-19 di Surabaya bunuh diri dengan cara melompat dari lantai enam rumah sakit; dia diduga mengalami depresi karena tujuh kali tes *swab* dinyatakan positif (detik.com, 30 Juli 2020 di dalam Winurini, 2020).

Penelitian-penelitian dan laporan yang dilakukan selama ini membuktikan bahwa kurang lebih 20 persen pasien-pasien yang menderita Covid-19 akan berkembang menjadi gangguan ansietas, depresi, dan PTSD sehingga Covid yang sebelumnya bersifat akut berkembang menjadi kronis. Suatu prevalensi yang cukup tinggi bila dibanding dengan prevalensi sebelum terjadinya pandemi.

Kaitan Covid-19 dengan gangguan mental yang timbul khususnya depresi, dijelaskan berikut ini.

BEBERAPA TEORI TENTANG ETIOLOGI GANGGUAN DEPRESI

Seperti pada gangguan-gangguan psikiatri umumnya, sampai saat ini etiologi gangguan depresi banyak masih berupa teori-teori yang kebenarannya masih memerlukan pembuktian. Tetapi walaupun belum terbukti, teori-teori itu bisa diterima, dengan penalaran yang logis.

1. Pada Depresi Primer

a. Teori Disfungsi Neurotransmitter (Kanner, 2005)

1) Hipotesis Serotonin

- Abnormalitas prekursor serotonin
Plasma *L-tryptophan*, ditemukan rendah pada beberapa subgrup depresi.
- Abnormalitas ikatan transporter serotonin
Transporter serotonin berfungsi mengangkut serotonin dari celah sinaps ke neuron presinap. Ditemukan penurunan densitas tempat ikatan transporter serotonin.
- Adanya bukti, pengobatan depresi dengan SRRI, di mana SRRI kerjanya menghalang pengambilan serotonin dari celah sinap ke neuron presinap. Juga pemberian lithium yang memacu pengeluaran serotonin, meng-agumentasi antidepresan dari antidepresan yang dipakai.

2) Hipotesis katekolamin

Pada hipotesis katekolamin dari gangguan depresi, diduga adanya penurunan aktivitas noradrenalin dan dopamin.

3) Defisit GABAergik

Pada depresi diduga terjadi defisit GABAergik, hal ini dibuktikan dengan ditemukan rendahnya level *Gamma aminobutyric acid* (GABA) dalam plasma, dan juga turunnya binding site GABA-sub-(B) pada otak korban bunuh diri

b. Teori Neuroinflamasi (Mazza *et al.*, 2020; Köhler *et al.*, 2017)

Sistem imun dan reaksi inflamasi ditemukan pada pasien MDD (*major depressive disorder*) dibanding dengan subjek kontrol normal sitokin/khemokin perifer meningkat seperti interleukin-6 (IL-6), tumor *necrosis factor* (TNF)-*alpha*, sedangkan pada interferon terjadi penurunan (*Interferon-gamma*) (Köhler *et al.*, 2017), bila dibanding dengan kontrol subjek normal.

- c. Sudut pandang lain tentang mekanisme patogenik diduga mungkin disebabkan adanya ketidaknormalan struktural dan fungsional otak pada gangguan depresi primer, terutama pada macam-macam struktur neuro-anatomi, pada lobus temporal dan frontal (Kanner, 2005)

2. Pada Depresi Sekunder

Terjadinya *life event stress* yang sifatnya akut, relatif berat yang bisa mengancam kehidupan seseorang, akhirnya menimbulkan berbagai simtom/sindrom seperti ansietas depresi, bahkan psikosis (DSM-5™) (American Psychiatric Association, 2013).

PREVALENSI DEPRESI PASCA COVID-19

Laporan klinisi secara global maupun penelitian yang dilakukan menunjukkan prevalensi gangguan jiwa yang tinggi pada pasien pasca Covid-19, dibandingkan populasi umum yang prevalensi gangguan psikiatrik berkisar antara 10–35% (Mazza *et al.*, 2020).

Berdasarkan laporan Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar, 2018), prevalensi gangguan depresi pada penduduk Indonesia berusia lebih atau sama dengan 15 tahun adalah 6,1% (Kementerian Kesehatan, Badan Penelitian, dan Pengembangan Kesehatan, 2018). Angka prevalensi tersebut mirip dengan prevalensi depresi secara global.

Mazza *et al.* (2020) menemukan 31% pasien dengan simptomatologi depresi sedangkan PTSD (*post traumatic stress disorder*) 28%, ansietas 42%, simtom OC (*obsessive compulsive*) 20%, dan insomnia 40%. Studi baru dari United Kingdom menemukan bahwa pasien Covid-19 punya kesempatan menjadi gangguan psikiatrik setelah sembuh dari Covid-19 (Ries, 2020).

Berdasarkan laporan yang dapat dipercaya, yang dipublikasi oleh The Lancet, 9 Nopember 2020, 18% pasien Covid-19 akan berkembang menjadi masalah kesehatan mental, seperti depresi, ansietas atau demensia, 3 bulan setelah diagnosis menderita Covid-19, dibandingkan dengan pasien tidak mengalami Covid-19 (Ries, 2020).

Selain itu para peneliti mendapatkan pasien yang satu tahun sebelum tes Covid-19 positif, berkaitan dengan 65 % lebih besar risiko untuk mendapat penyakit Covid-19 (Ries, 2020).

IMUNOPATOPSIKOBIOLOGI DEPRESI PASCA COVID-19

Terjadinya depresi pada pasien pasca Covid-19, bisa pra atau pasca Covid-19. Pada pasien-pasien yang sudah mengalami depresi sebelum Covid-19, tidak menjadi fokus pembahasan makalah ini, namun pasien-pasien yang sudah mengalami depresi pra-Covid-19 akan lebih mudah menderita Covid-19 dan mengalami simptomatologi yang lebih berat (Ries, 2020; Mazza *et al.*, 2017).

Pasien-pasien yang sebelum menderita Covid-19, kemudian menjadi depresif bisa disebabkan akibat Covid-19 yang mana merupakan suatu kejadian yang mengancam jiwa seseorang yang proses penyembuhannya penuh ketidakpastian. Dengan demikian, peristiwa ini bisa merupakan suatu stresor yang berat yang pada akhirnya bisa berakibat PTSD (*post traumatic stress disorder*) dengan manifestasi gejala klinis insomnia, cemas, ketakutan, dan depresi (Tucker, 2020; Ries, 2020).

Pada pasien Covid-19, bisa terjadi stres yang meningkatkan kortisol darah yang tinggi. Kortisol darah yang tinggi ini bisa menurunkan imunitas pasien atau bisa pula bersifat neurotoksik yang mematikan neuron pada regio otak tertentu misalnya hipokampus sehingga terjadi atrofi hipokampus yang pada akhirnya menampilkan gambaran klinis depresi (Daeng *et al.*, 2015, Daeng *et al.*, 2016), sedangkan pada pasien lain bisa pula timbul gangguan psikiatrik seperti ansietas dan depresi. Mengapa hal ini bisa terjadi, dapat dikembangkan dari beberapa penyebab, seperti infeksi yang berat bisa menimbulkan trombosis mikro yang pada akhirnya bisa menyumbat pembuluh darah kecil, di otak, jantung, dan ginjal. Trombosis mikro yang terjadi di otak bisa menyebabkan stroke dengan gejala fokal neurologis, sedangkan untuk aspek psikiatrik bisa menimbulkan depresi atau ansietas. Pada jantung dan ginjal bisa menimbulkan gejala klinis penyakit jantung dan ginjal. Trombosis mikro ini bisa dikarenakan reaksi imunologis (Ries, 2020; Tucker, 2020)

Proses isolasi pada pasien Covid-19 juga bisa merupakan stres isolasi sosial, di mana pasien tidak bisa dekat dengan anggota keluarga maupun orang-orang sekitar karena khawatir menularkan penyakit Covid-19. Kondisi stresor ini juga bertambah tatkala terjadi stigma sosial yang didapat setelah selesai proses pengobatan dan isolasi (Ries, 2020; Tucker, 2020).

Penelitian pertama tentang Covid-19 oleh Mazza *et al.* (2020) tentang imunopsikopatobiologi pasien Covid-19 diikuti perkembangannya selama satu bulan setelah pengobatan di rumah sakit. Didapatkan *rate* yang tinggi dari gangguan psikiatri, seperti PTSD (*post-traumatic stress disorder*) 28%, depresi 31%, ansietas, 42%, insomnia 40%, dan simtom OC (*obsessive compulsive*) 20%. Hal

tersebut dijelaskan karena adanya level yang rendah dari penanda *baseline inflamasi*. Perempuan menderita lebih banyak ansietas dan depresi, dan pasien dengan diagnosis positif gangguan psikiatri sebelumnya, menunjukkan peningkatan skor pada hampir semua pengukuran psikopatologi dengan *baseline inflamasi* yang mirip (Mazza *et al.*, 2020). *Baseline istemic index inflammation-immune* (SII), yang menggambarkan respons imun dan inflamasi sistemik berdasarkan indeks pada limfosit perifer, neutrofil, dan jumlah platelet, berhubungan positif dengan skor depresi dan ansietas dalam *follow-up* (Mazza *et al.*, 2020).

PENATALAKSANAAN

Pada dasarnya, secara umum penatalaksanaan depresi pasca Covid-19 hampir sama dengan depresi pada umumnya. Semua penatalaksanaan dilaksanakan secara holistik, namun perlu memperhatikan beberapa perbedaan.

Langkah awal perlu dilakukan asesmen dan diagnosis yang baik dan tepat, selanjutnya berdasarkan keadaan pasien, simptomatologi, beratnya depresi, seorang terapis akan menentukan rencana terapi.

Pemilihan antidepresan selain ditentukan simptom klinis juga bergantung adanya komorbiditas baik gangguan psikiatri maupun penyakit medis lain. Untuk komorbiditas gangguan psikiatri, dapat dipilih antidepresan yang bisa mengatasi komorbiditas yang ada. Sedangkan bila berkomorbiditas dengan penyakit fisik lain, maka antidepresan yang dipilih hendaknya tidak menimbulkan efek samping yang bisa memberatkan keadaan penyakit fisik, atau bisa menimbulkan interaksi obat karena pengaruh antidepresan sebagai P450 *iso-enzym* inhibitor atau *inducer*. Hal tersebut bisa memengaruhi metabolisme obat yang sedang diminum pasien: bila yang bersifat P45 *iso-enzym* inhibitor maka konsentrasi obat dalam darah dapat meningkat, sedangkan kalau bersifat *inducer* maka konsentrasi obat dalam darah bisa menurun. Karena itu perlu penyesuaian dosis obat atau mengganti antidepresan yang dipakai dengan antidepresan lainnya yang lebih sesuai. Interaksi obat bergantung dari dosis obat secara linier yang diberikan terapis (De Vane, 1998).

Pada dasarnya, mekanisme interaksi obat bisa dibagi menjadi dua katagori yaitu farmakokinetik dan farmakodinamik. Secara farmakokinetik terjadi perubahan absorpsi, distribusi, metabolisme, atau eksresi obat atau metabolitnya, atau jumlah obat aktif yang sampai di *site of action* setelah penambahan bahan kimia lain.

Sedangkan interaksi farmakodinamik terjadi bila dua obat beraksi pada satu reseptor yang sama yang bisa menimbulkan efek adiktif, sinergistik, atau efek antagonis (Brown, 2008).

Pemberian anxiolitik seperti *benzodiazepine* perlu berhati-hati karena pada pasien Covid-19 sering ada gangguan pernapasan. Hal ini bisa memberatkan keadaan dan berakibat fatal.

Selain itu pada pasien depresi pasca Covid-19 perlu pula diperhatikan lingkungan sosial pasien yang bisa merupakan sumber stres dan juga agar pasien jangan sampai mendapat stigma negatif. Psikoterapi yang sesuai perlu dilakukan secara terstruktur.

RINGKASAN

Covid-19 yang dimulai bersifat akut, dalam perjalanannya bisa menjadi kronis dengan timbulnya gangguan psikiatrik antara lain depresi. Depresi merupakan gangguan psikiatrik yang serius, karena menurunkan kualitas hidup pasien yang mengalaminya. Pada pasien-pasien pasca Covid-19 perlu diantisipasi kemungkinan timbul gangguan depresi dengan segala akibatnya.

Pada penatalaksanaan pasien depresi pasca Covid-19 perlu diperhatikan langkah-langkah yang dimulai dari asesmen dan diagnosis yang tepat, kemudian pemilihan antidepresan yang tepat, serta memerhatikan lingkungan sosial pasien agar sumber stres pasien dan stigma negatif bisa diminimalisir. Secara simultan juga dilakukan psikoterapi yang sesuai.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2013. Anxiety Disorders. Dalam *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Diakses dari: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
- Brown, C.H. 2008. Overview of Drug-Drug Interactions with SSRIs. *US Pharm*, 33(1): HS-3-HS-19.
- Daeng, B.H, Wardhana, A. W., Widodo, A. *et al.* 2015. Plasma CRH Level Difference between Wistar Rats Exposed to Acute Stress due to Predator and to the Psychological Stress Device. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 16(2):193-202.

- Daeng, B.H., Paundralingga, O., Widodo, A. *et al.* 2016. Mast Cell In Amygdale, Thalamus, Hippocampus of Wistar Rats and Its Correlation With Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) Plasma Level and Length of Acute Stress Exposure. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 17(1):1-8
- DeVane, C.L. 1998. Clinical implications of dose-dependent cytochrome P-450 drug-drug interactions with antidepressants, Wiley online Library, *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 13(5): 329-336
- Kanner, A.M. 2005. Depression and the risk of neurological disorders. *The Lancet*, 366(9492): 1147-1148. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67461-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67461-2)
- Kurniati, Y., Nurdianah, S., Nildawati, *et al.* 2020. Incidence of Depression on Netizen During The Covid 19 Pandemic in Indonesia. *Data Riset dan Teknologi Covid-19 Indonesia*, Accessed from: <http://sinta.ristekbrin.go.id/covid/penelitian/detail/537>
- Mazza, M.G., Lorenzo, R. D., Conte, C. *et al.* 2020. Covid-19 BioB Outpatient Clinic Study Group, and Benedetti F, Anxiety and Depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors, *Brain Behav Immun*, 89: 594-600, doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037
- Ries, J. 2020. *People with COVID-19 More Likely to Develop Depression, Anxiety, and Dementia*. 12 Nov 2020, Health News. <https://www.northwell.edu/news/in-the-news/people-with-covid-19-more-likely-to-develop-depression-anxiety-and-dementia>
- Tucker, P. & Czapla, C. 2021. Post-COVID Stress Disorder: Another emerging consequence of the global pandemic. *Psychiatric Times*, 38(1): 1, 9-11
- Winurini, S. 2020. Mental Health Problems Due to Covid-19 Pandemic, Sosial Welfare Devision. *A Brief Study of Actual and Strategic Issues*, XII(15).

PANDEMI COVID-19 DAN GANGGUAN PSIKOTIK

7

Justina Evy Tyaswati, Inke Kusumastuti, Arvidareyna Panca Aprilianingtyas

PENDAHULUAN

Insidensi psikosis pada pasien dengan infeksi Covid-19 diperkirakan sebesar 0,9–4%. Diagnosis psikosis ini dapat berhubungan dengan keparahan gejala akibat paparan virus, terapi yang digunakan untuk manajemen Covid-19, dan stres psikososial termasuk akibat keharusan isolasi saat terpapar virus (Brown *et al.*, 2020; Kozloff, Mulsant, Stergiopoulos & Voineskos, 2020). Gejala dapat berlangsung dalam hitungan hari, minggu, bahkan bulan setelah pasien pulih dari manifestasi fisik Covid-19 (Thomas, 2021). Fenomena gejala psikosis dalam konteks Covid-19 merupakan masalah multifaktorial yang kompleks. Hingga saat ini masih sulit disimpulkan apakah infeksi SARS CoV-2 berkaitan secara biologis dengan psikosis atau mengeksaserbasi gejala psikotik. Dampak akibat interaksi kedua kondisi ini dapat signifikan, baik terhadap manifestasi gangguan jiwa maupun gejala fisik Covid-19, namun tampaknya hal ini masih belum banyak menjadi perhatian (Rentero *et al.*, 2020; Tariku & Hajure, 2020). Oleh karena itu, penting untuk melakukan kajian lebih lanjut tentang masalah ini.

DEFINISI DAN KRITERIA DIAGNOSIS GANGGUAN PSIKOTIK

Gangguan psikotik didefinisikan sebagai kondisi mental yang ditandai dengan adanya distorsi signifikan pada penilaian realita, yang selanjutnya menyebabkan gejala-gejala berupa gangguan persepsi, waham, gangguan arus pikir, gejala

negatif, serta abnormalitas fungsi psikomotor. Keseluruhan gejala ini selanjutnya dapat menyebabkan gangguan pada fungsi keseharian pasien serta hendaya atau disabilitas psikososial yang signifikan (Marwick & Birrell, 2013). Definisi gejala-gejala yang menjadi ciri gangguan psikotik dipaparkan pada Tabel 7.1

TABEL 7.1 Definisi gejala pada gangguan psikotik

Gejala	Definisi
Gangguan persepsi	<ul style="list-style-type: none"> • Halusinasi: persepsi yang terjadi pada tidak adanya stimulus fisik eksternal • Ilusi: kesalahan persepsi dari stimuli eksternal yang ada • Pseudohalusinasi: pengalaman indrawi yang berbeda dengan halusinasi di mana pengalaman ini terjadi pada ruang subjektif internal dalam pikiran, bukan melalui organ sensori eksternal
Waham	Waham adalah kepercayaan yang salah yang tidak dipercayai oleh orang lain dalam lingkup budaya pasien, yang tidak dapat digoyahkan meskipun sudah dipaparkan bukti-bukti yang menjelaskan bahwa pemikiran tersebut salah
Gangguan arus pikir	Adanya gangguan pada cara berbicara yang menyebabkan pembicaraan menjadi membingungkan atau sangat sulit dimengerti.
Gejala negatif	Adanya defisit ekspresi pemikiran, perasaan, dan perilaku yang nampak secara klinis, yang antara lain ditunjukkan dengan adanya apati, kemiskinan bicara dan isi pikir, penumpulan afek, isolasi sosial, perawatan diri yang buruk, dan defisit kognitif
Abnormalitas psikomotor	Munculnya postur atau gerakan yang abnormal, misalnya dalam bentuk rigiditas, posturing, negativisme, fleksibilitas serea, gaduh gelisah katatonik, stupor katatonik, ekopraksia, manerisme, stereotipi, dan tik

(Marwick & Birrell, 2013)

TABEL 7.2 Kriteria diagnosis Gangguan Psikotik Akut dan Sementara (F23)

Gangguan Psikotik Akut dan Sementara (F23)

- Menggunakan urutan diagnosis yang mencerminkan urutan prioritas yang diberikan untuk ciri-ciri utama terpilih dari gangguan ini. Urutan prioritas yang dipakai ialah:
 - a) Onset yang akut (dalam masa 2 minggu atau kurang = jangka waktu gejala-gejala psikotik menjadi nyata dan mengganggu sedikitnya beberapa aspek kehidupan dan pekerjaan sehari-hari, tidak termasuk periode prodromal yang gejalanya sering tidak jelas) sebagai ciri khas yang menentukan seluruh kelompok;
 - b) Adanya sindrom yang khas (berupa “polimorfik” = beraneka ragam dan berubah cepat, atau “schizophrenia-like”=gejala skizofrenik yang khas);
 - c) Adanya stres akut yang berkaitan (tidak selalu ada, sehingga dispesifikasi dengan karakter ke-5: .x0=tanpa penyerta stres akut; .x1=dengan penyerta stres akut). Kesulitan atau problem yang berkepanjangan tidak boleh dimasukkan sebagai sumber stres dalam konteks ini
 - d) Tanpa diketahui berapa lama gangguan akan berlangsung
- Tidak ada gangguan dalam kelompok ini yang memenuhi kriteria episode manik (F30) atau episode depresif (F32), walaupun perubahan emosional dan gejala-gejala afektif individual dapat menonjol dari waktu ke waktu.
- Tidak ada penyebab organik seperti trauma kapitis, delirium, atau demensia. Tidak merupakan intoksikasi akibat penggunaan alkohol atau obat-obatan.

F23.0 Gangguan psikotik polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia

- Untuk diagnosis pasti harus memenuhi:
 - a) Onset harus akut (dari suatu keadaan nonpsikotik sampai keadaan psikotik yang jelas dalam kurun waktu 2 minggu atau kurang)
 - b) Harus ada beberapa jenis halusinasi atau waham, yang berubah dalam jenis dan intensitasnya dari hari ke hari atau dalam hari yang sama
 - c) Harus ada keadaan emosional yang sama beraneka ragamnya
 - d) Walaupun gejala-gejalanya beraneka ragam, tidak satupun dari gejala itu ada secara cukup konsisten dan dapat memenuhi kriteria skizofrenia (F20) atau episode manik (F30) atau episode depresif (F32).

F23.1 Gangguan psikotik polimorfik akut dengan gejala skizofrenia

- Memenuhi kriteria (a), (b), dan (c) di atas yang khas untuk gangguan psikotik polimorfik akut (F23.0)
- Disertai gejala yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia (F20) yang harus sudah ada untuk sebagian besar waktu sejak munculnya gambaran klinis psikotik itu secara jelas
- Apabila gejala-gejala skizofrenia menetap untuk lebih dari 1 bulan maka diagnosis harus diubah menjadi skizofrenia (F20)

F23.2 Gangguan psikotik lir-skizofrenia (*schizophrenia-like*) akut

- Untuk diagnosis pasti harus memenuhi:
 - a) Onset gejala psikotik harus akut (2 minggu atau kurang, dari suatu keadaan nonpsikotik sampai keadaan yang jelas psikotik)
 - b) Gejala-gejala yang memenuhi kriteria untuk skizofrenia (F20) harus sudah ada untuk sebagian besar waktu sejak munculnya gambaran klinis yang jelas psikotik
 - c) Kriteria untuk psikosis polimorfik akut tidak terpenuhi
- Apabila gejala-gejala skizofrenia menetap untuk lebih dari 1 bulan maka diagnosis harus diubah menjadi skizofrenia (F20)

F23.3 Gangguan psikotik akut lainnya dengan predominan waham

- Untuk diagnosis pasti harus memenuhi:
 - a) Onset dari gejala psikotik harus akut (2 minggu atau kurang, dari suatu keadaan nonpsikotik sampai keadaan yang jelas psikotik)
 - b) Waham dan halusinasi harus sudah ada untuk sebagian besar waktu sejak berkembangnya keadaan psikotik yang jelas
 - c) Baik kriteria skizofrenia (F20) maupun gangguan psikotik polimorfik akut (F23) tidak terpenuhi
- Apabila waham-waham menetap untuk lebih dari 3 bulan lamanya, maka diagnosis harus diubah menjadi gangguan waham menetap (F22). Apabila hanya halusinasi yang menetap untuk lebih dari 3 bulan lamanya, maka diagnosis harus diubah menjadi gangguan psikotik nonorganik lainnya (F28).

F23.8 Gangguan psikotik akut dan sementara lainnya

Gangguan psikotik akut lain yang tidak dapat diklasifikasikan ke dalam kategori manapun dalam F23

(Maslim, 2013)

TABEL 7.3 Kriteria diagnosis delirium, gangguan mental organik, mania dengan gejala psikotik, dan episode depresi berat dengan gejala psikotik

KRITERIA DIAGNOSIS

Delirium, bukan akibat alkohol dan zat psikoaktif lainnya (F05)

- Gangguan kesadaran dan perhatian:
 - a) dari taraf kesadaran berkabut sampai dengan koma;
 - b) menurunnya kemampuan untuk mengarahkan, memusatkan, mempertahankan, dan mengalihkan perhatian
- Gangguan kognitif secara umum:
 - a) distorsi persepsi, ilusi, dan halusinasi—seringkali visual;
 - b) hendaya daya pikir dan pengertian abstrak, dengan atau tanpa waham yang bersifat sementara, tetapi sangat khas terdapat inkoherensi yang ringan;
 - c) hendaya daya ingat segera dan jangka pendek, namun daya ingat jangka panjang relatif masih utuh;
 - d) disorientasi waktu, pada kasus yang berat, terdapat juga disorientasi tempat dan orang.
- Gangguan psikomotor:
 - a) hipo- atau hiperaktivitas dan pengalihan aktivitas yang tidak terduga dari satu ke yang lain;
 - b) waktu bereaksi lebih panjang;
 - c) arus pembicaraan yang bertambah atau berkurang;
 - d) reaksi terperanjat meningkat
- Gangguan siklus tidur-bangun:
 - a) insomnia atau, pada kasus yang berat, tidak dapat tidur sama sekali atau terbalikny siklus tidur-bangun; mengantuk pada siang hari;
 - b) gejala yang memburuk pada malam hari;
 - c) mimpi yang mengganggu atau mimpi buruk; yang dapat berlanjut menjadi halusinasi setelah bangun tidur
- Gangguan emosional: misalnya depresi, ansietas atau takut, lekas marah, euforia, apatis atau rasa kehilangan akal
- Onset biasanya cepat, perjalanan penyakitnya hilang timbul sepanjang haru, dan keadaan itu berlangsung kurang dari 6 bulan

F05.0 Delirium, tak bertumpang tindih dengan demensia

F05.1 Delirium, bertumpang tindih dengan demensia

F05.8 Delirium lainnya

F05.9 Delirium YTT

Gangguan mental lainnya akibat kerusakan dan disfungsi otak dan penyakit fisik (F06)

- Adanya penyakit, kerusakan atau disfungsi otak, atau penyakit fisik sistemik yang diketahui berhubungan dengan salah satu sindrom mental yang tercantum
- Adanya hubungan waktu (dalam beberapa minggu atau bulan) antara perkembangan penyakit yang mendasari dengan timbulnya sindrom mental
- Kesembuhan dari gangguan mental setelah perbaikan atau dihilangkan penyebab yang mendasarinya
- Tidak adanya bukti yang mengarah pada penyebab alternatif dari sindrom mental ini (seperti pengaruh yang kuat dari riwayat keluarga atau pengaruh stres sebagai pencetus)

F06.0 Halusinosis Organik

- Memenuhi kriteria umum di atas (F06)
- Adanya halusinasi dalam segala bentuk (biasanya visual atau auditorik) yang menetap atau berulang
- Kesadaran yang jernih (tidak berkabut)
- Tidak ada penurunan fungsi intelek yang bermakna
- Tidak ada gangguan afektif yang menonjol
- Tidak jelas adanya waham (seringkali “*insight*” masih utuh)

F06.1 Gangguan Katatonik Organik

- Memenuhi kriteria umum di atas (F06)
 - Disertai salah satu di bawah ini:
 - a) Stupor (berkurang atau hilang sama sekali gerakan spontan dengan mutisme parsial atau total, negativisme, dan posisi tubuh yang kaku)
 - b) Gaduh gelisah (hipermotilitas yang kasar dengan atau tanpa kecenderungan untuk menyerang)
 - c) Kedua-duanya (silih berganti secara cepat dan tak terduga dari hipo-ke hiperaktivitas)
-

F06.2 Gangguan Waham Organik (Lir-Skizofrenia)

- Memenuhi kriteria umum di atas (F06)
- Disertai: waham yang menetap atau berulang (waham kejar, tubuh yang berubah, cemburu, penyakit, atau kematian dirinya atau orang lain)
- Halusinasi, gangguan proses pikir, atau fenomena katatonik tersendiri mungkin ada
- Kesadaran dan daya ingat tidak terganggu

F06.3 Gangguan Afektif Organik

- Memenuhi kriteria umum di atas (F06)
- Disertai kondisi yang sesuai dengan salah satu diagnosis dari gangguan yang tercantum dalam F30-F33

F06.30 Gangguan Manik Organik

F06.31 Gangguan Bipolar Organik

F06.32 Gangguan Depresif Organik

F06.30 Gangguan Afektif Organik Campuran

F06.4 Gangguan Cemas (Ansietas) Organik

- Gangguan yang ditandai oleh gambaran utama dari Gangguan Cemas Menyeluruh (F41.1), Gangguan Panik (F41.0), atau campuran dari keduanya, tetapi timbul sebagai akibat gangguan organik yang dapat menyebabkan disfungsi otak (seperti epilepsi lobus temporalis, tirotoksikosis, atau feokromositoma).

F06.5 Gangguan Disosiatif Organik

- Gangguan yang memenuhi persyaratan untuk salah satu gangguan dalam Gangguan Disosiatif (F44) dan memenuhi kriteria umum untuk penyebab organik.

F06.6 Gangguan Astenik Organik

- Gangguan yang ditandai oleh labilitas atau tidak terkendalinya emosi yang nyata dan menetap, kelelahan, atau berbagai sensasi fisik yang tak nyaman (seperti pusing) dan nyeri, sebagai akibat adanya gangguan organik (sering terjadi dalam hubungan dengan penyakit serebrovaskular atau hipertensi)
-

F06.7 Gangguan Kognitif Ringan

- Gambaran utamanya adalah turunnya kinerja kognitif (termasuk hendaya daya ingat, daya belajar, sulit berkonsentrasi), tidak sampai memenuhi diagnosis demensia (F00-F03), sindrom amnestik organik (F04) atau delirium (F05).
- Gangguan ini dapat mendahului, menyertai, atau mengikuti berbagai macam gangguan infeksi dan gangguan fisik, baik serebral maupun sistemik.

F06.8 Gangguan Mental Lain YDT Akibat Kerusakan dan Disfungsi Otak dan Penyakit Fisik

- Contohnya ialah keadaan suasana perasaan (mood) abnormal yang terjadi ketika dalam pengobatan dengan steroid atau obat antidepresi
- Termasuk: Psikosis epileptik YTT

F06.9 Gangguan Mental Lain YTT Akibat Kerusakan dan Disfungsi Otak dan Penyakit Fisik

Mania dengan gejala psikotik (F30.2)

- Gambaran klinis merupakan bentuk mania yang lebih berat dari F30.1 (mania tanpa gejala psikotik)
- Harga diri yang membumbung dan gagasan kebesaran dapat berkembang menjadi waham kebesaran (*delusion of grandeur*), iritabilitas, dan kecurigaan menjadi waham kejar (*delusion of persecution*). Waham dan halusinasi “sesuai” dengan keadaan afek tersebut (*mood-congruent*).

Episode depresi berat dengan gejala psikotik (F32.3)

Diagnosis episode depresi ditegakkan berdasarkan terpenuhinya kriteria untuk gejala utama dan gejala lainnya dari depresi:

- Gejala utama:
 - a) afek depresif;
 - b) kehilangan minat dan kegembiraan;
 - c) penurunan energi (kelelahan yang nyata sesudah bekerja sedikit saja, penurunan aktivitas)

-
- Gejala lainnya:
 - a) Konsentrasi dan perhatian berkurang;
 - b) Harga diri dan kepercayaan diri menurun;
 - c) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna;
 - d) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistik;
 - e) Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri;
 - f) Tidur terganggu;
 - g) Nafsu makan menurun

Diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu, periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala berat dan berlangsung cepat

Kriteria diagnosis episode depresi berat dengan gejala psikotik

- 3 gejala utama harus ada
- Ditambah sekurang-kurangnya 4 gejala lainnya, beberapa diantaranya harus berintensitas berat.
- Bila ada gejala penting (agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dibenarkan
- Episode depresif harus berlangsung minimal 2 minggu, jika amat berat dan onsetnya cepat, dibenarkan menegakkan diagnosis dalam kurun waktu <2 minggu
- Sangat tidak mungkin pasien mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, atau urusan rumah tangga (kecuali terbatas)
- Disertai waham, halusinasi, atau stupor depresif.
- Waham meliputi ide tentang dosa, kemiskinan, atau malapetaka mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu
- Halusinasi: auditorik atau olfaktorik (suara menghina atau menuduh, bau kotoran, daging busuk)
- Waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood congruent*)

(Maslim, 2013)

Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi ketiga (PPDGJ III) menempatkan gangguan psikotik pada blok diagnosis F2, di mana di dalamnya meliputi diagnosis skizofrenia, gangguan skizotipal, gangguan waham, gangguan psikotik akut dan sementara, gangguan waham induksi, dan gangguan skizoafektif. Penegakan diagnosis gangguan psikotik akan dilakukan berdasarkan kriteria diagnosis yang tercantum pada blok diagnosis ini. Tabel 7.2 merupakan contoh

kriteria diagnosis pada blok diagnostik F2, di mana di dalamnya dijelaskan kriteria diagnosis untuk gangguan psikotik akut dan sementara (F23) (Maslim, 2013).

Selain terjadi pada gangguan psikotik yang tercakup dalam blok diagnosis F2, gejala psikotik juga dapat terjadi pada gangguan jiwa yang termasuk dalam blok diagnosis lainnya seperti demensia (F03), delirium (F05), gangguan mental akibat kerusakan otak dan disfungsi fisik (F06), episode manik (F30), gangguan afektif bipolar (F31) dan episode depresi (F32) atau gangguan depresi berulang (F33). Dalam kaitannya dengan Covid-19, gangguan psikotik dapat terjadi pada delirium, gangguan mental akibat kerusakan otak dan disfungsi fisik, mania dengan gejala psikotik, dan episode depresi berat dengan gejala psikotik. Kriteria diagnosis untuk gangguan-gangguan tersebut dipaparkan pada Tabel 7.3.

PATOFISIOLOGI GANGGUAN PSIKOTIK PADA COVID-19

Infeksi SAR-CoV2 terjadi melalui penularan akibat *droplet* atau partikel aerosol yang masuk ke saluran napas melalui aktivitas batuk atau berbicara, prosedur *nebulizer* atau intubasi (Patients, Taylor, Lindsay & Halcox, 2020). Virus yang melekat pada sel inang akan berikatan dengan reseptor seluler ACE2 (*angiotensin-converting enzyme 2*) dan masuk ke sitoplasma. Pengikatan ini akan mendorong produksi RNA virus melalui replikasi dan transkripsi yang selanjutnya akan diproses dalam lumen retikulum endoplasma (Steardo, Steardo Jr., Zorec & Verkhatsky, 2020).

ACE2 juga ditemukan pada organ sirkumventrikuler seperti organ sub-fonik, nukleus paraventrikuler, saluran soliter, medula ventrolateral, di mana pada bagian-bagian tersebut sawar darah-otak relatif lebih mudah dipenetrasi. Karakteristik ini membuat sistem saraf pusat (SSP) rentan terhadap infeksi SARS CoV-2. Virus juga dapat melewati BBB pada tingkat organ sirkumventrikuler atau melalui transpor aksonal retrograde melalui nervus olfaktorius (Steardo, Steardo Jr., Zorec & Verkhatsky, 2020). Adanya penetrasi SARS CoV-2 ini telah dikaitkan dengan terjadinya gangguan psikotik awitan baru (Lee *et al.*, 2004).

Aspek penting lain yang terjadi akibat pengikatan SARS CoV-2 dengan reseptor seluler ACE2 di seluruh tubuh adalah terjadinya serangkaian respons imun signifikan akibat hipoksia, di mana respons ini meliputi induksi pelepasan sitokin (IL1B, IL1RA, IL7, IL8, IL9, IL 10, FGF dasar, GCSF, GMCSF, IFN- γ , IP10, MCP1, MIP1A, MIP1B, PDGF, TNF α) dan perubahan komponen imun (leukosit darah tepi dan limfosit). Reaksi inflamasi yang berlebihan ini disebut sebagai

cytokine storm atau badai sitokin yang selanjutnya dapat lebih jauh meruntuhkan integritas sawar darah otak sehingga komponen-komponen imun masuk ke dalam otak untuk menginduksi neuroinflamasi yang dapat sangat mengganggu homeostatis otak dan berpotensi menyebabkan kematian neuron (Steardo, Steardo Jr., Zorec & Verkhatsky, 2020). Telah dihipotesiskan bahwa SARS CoV-2 dapat bertindak sebagai patogen oportunistik dari SSP karena telah terbukti memiliki kualitas neuroinvasif, baik karena autoimunitas maupun replikasi virus (Ferrando *et al.*, 2020). Virus Covid-19 juga dikaitkan dengan manifestasi psikiatrik akut di mana terjadi peningkatan titer antibodi, yang menunjukkan kemungkinan hubungan antara infeksi virus corona dan psikosis (Chako *et al.*, 2020).

Pada terjadinya gejala psikotik, proses neuroinflamasi yang terjadi pada hipokampus dan korteks diduga berperan dalam perubahan fungsi kognitif dan perilaku yang terjadi pada pasien-pasien dengan Covid-19 (Steardo, Steardo Jr., Zorec & Verkhatsky, 2020). Lebih jauh lagi, peningkatan signifikan pada IL-6, TNF γ , dan IL-1 β telah diprediksi meningkatkan risiko terjadinya psikosis pada pasien Covid-19 (Miller, Buckley, Seabolt, Mellor & Kirkpatrick, 2011). Pada pasien Covid-19 dengan tingkat kecemasan yang tinggi, badai sitokin akan semakin kuat dan memperburuk Covid-19 itu sendiri serta memunculkan gejala-gejala gangguan jiwa yang lebih berat, termasuk juga gejala psikotik (Cheng, Tsang, Ku, Wong & Ng, 2004).

KOMPLEKSITAS TERKAIT MANIFESITASI KLINIS GANGGUAN PSIKOTIK PADA KONTEKS COVID-19

Individu dengan gangguan jiwa berat merupakan salah satu populasi yang paling terdampak dan dapat memiliki tingkat stres dan mental yang lebih tinggi dibanding dengan populasi lainnya (Gruss, 2020). Dampak ini dapat terjadi antara lain karena karakteristik biologis pasien dengan gangguan psikotik, dilakukannya pembatasan penyediaan layanan medis, serta faktor gaya hidup, kondisi tempat tinggal, dan jejaring sosial yang cenderung lebih buruk pada populasi ini (Kahl & Correll, 2020). Pasien dengan gangguan psikotik seperti skizofrenia dapat memiliki risiko 2-3 kali lebih tinggi untuk mengalami thrombosis vena dalam atau emboli paru dibanding kontrol, dan hal ini penting diperhatikan mengingat Covid-19 telah diketahui berhubungan dengan koagulopati yang signifikan secara klinis (Mongan & Cannon, 2020).

Pasien dengan gangguan jiwa berat memiliki tingkat merokok yang tinggi. Selain itu, masalah psikososial terkait lingkungan tempat tinggal yang cenderung lebih buruk atau kecenderungan berpindah-pindah (*wandering*) yang tinggi dapat meningkatkan risiko infeksi dan menyulitkan proses identifikasi, *follow up*, dan terapi bagi mereka yang mengalami infeksi. Individu dengan gangguan jiwa yang sudah bisa bekerja mungkin akan kesulitan untuk izin dari pekerjaannya atau tidak memiliki asuransi untuk membiayai pemeriksaan dan terapi Covid-19. Jejaring sosial yang terbatas akan membatasi pasien untuk mendapatkan dukungan dari teman dan keluarga saat diperlukan. Secara akumulatif, faktor-faktor ini dapat meningkatkan risiko infeksi dan memperburuk prognosis saat pasien dengan gangguan jiwa berat mengalami Covid-19 (Gruss, 2020). Aspek klinis terkait gejala psikotik pada pasien dengan riwayat gangguan jiwa sebelumnya juga dapat memengaruhi respons mereka terhadap pandemi Covid-19. Fischer, Coogan, Faltraco & Thomea (2020) melaporkan seorang pasien dengan skizofrenia yang mengalami eksaserbasi dalam bentuk waham kejar dan halusinasi komentar dengan topik tentang Covid-19.

Selain permasalahan terkait Covid-19 pada pasien yang telah mengalami gangguan jiwa berat sebelumnya, kasus psikosis reaktif akibat pandemi Covid-19 juga terjadi. Beberapa penelitian telah memaparkan berbagai manifestasi psikiatri pada pasien dengan Covid-19 seperti seperti gejala depresi, kecemasan, gangguan stres pasca trauma, dan perilaku bunuh diri (Raony, de Figueiredo, Pandolfo, Giestal-de-Araujo & Bomfim, 2020; Valdés-Florido *et al.*, 2020). Gejala-gejala ini selanjutnya dapat memberat dan bermanifestasi menjadi gejala-gejala psikotik. Sepertiga dari pasien Covid-19 dilaporkan mengalami gejala-gejala neurologis, dan pada lebih dari 20% pasien Covid-19 rawat inap ditemukan bahwa gejala khas delirium terkait Covid-19 yang muncul dalam bentuk halusinasi yang bersifat paranoid, kebingungan, dan agitasi (Mao *et al.*, 2020; Helms *et al.*, 2020). Ferrando *et al.* (2020) memperkuat temuan ini dengan melaporkan tiga kasus psikosis akut pada pasien dengan Covid-19 asimtomatik. Meskipun dua di antaranya memiliki gangguan jiwa yang sudah ada sebelumnya, ada dugaan bahwa gangguan jiwa ini memberat dan manifestasinya bertumpang tindih dengan delirium akibat Covid-19 yang mereka alami. Huarcaya-Victoria, Herrera & Castillo (2020) juga melaporkan terjadinya gejala psikosis dalam bentuk halusinasi auditorik dan visual serta waham bersalah dan waham curiga pada pasien dengan kecemasan terkait kesehatan fisik yang intens akibat Covid-19. Terjadinya psikosis afektif yang diinduksi kortikosteroid serta agitasi psikomotor akibat klorokuin yang diberikan untuk Covid-19

juga telah dilaporkan (Correa-Palacio, Hernandez-Huerta, Gómez-Arnau, Loeck & Caballero, 2020; Akkaoui, Lejoyeux & Geoffroy, 2021).

MANAJEMEN GANGGUAN PSIKOTIK PADA KONTEKS COVID-19

Manajemen gangguan psikotik pada konteks Covid-19 dapat dilakukan dengan manajemen psikofarmaka serta manajemen psikososial. Salah satu aspek terkait pemberian psikofarmaka yang perlu dipertimbangkan dalam manajemen pasien psikotik pada masa pandemi Covid-19 adalah dengan melakukan penggantian terapi oral dengan injeksi antipsikotik *long acting* sebagaimana memungkinkan. Selain itu, pada pasien dengan komorbid Covid-19 dan gejala psikotik yang mengalami agitasi, direkomendasikan untuk melakukan *rapid tranquilization* dengan antipsikotik dan benzodiazepine parenteral. Meskipun begitu, keselamatan pasien terkait dampak respiratorik prosedur ini harus dipertimbangkan dengan baik sebelum terapi diputuskan untuk diberikan. Benzodiazepine dan olanzapine serta antipsikotik tipikal potensi rendah cenderung memiliki risiko untuk menyebabkan depresi napas sehingga injeksi antipsikotik *short acting* yang direkomendasikan adalah haloperidol atau aripiprazole. Penambahan antikolinergik pada terapi dengan antipsikotik ini juga perlu dipertimbangkan untuk mencegah *extrapyramidal symptoms* (EPS) yang dapat meningkatkan risiko kesulitan menelan yang selanjutnya meningkatkan risiko pneumonia. Pada pasien dengan Covid-19 yang masih cukup kooperatif untuk menerima antipsikotik oral, agen yang dapat dipertimbangkan antara lain risperidone, paliperidone, dan haloperidol dalam dosis rendah (Kahl & Correll, 2020; Parra *et al.*, 2020). Penggunaan *quetiapine* 6,25–50 mg dan *olanzapine* 2,5–5 mg untuk manajemen agitasi pada pasien Covid-19 dengan delirium juga dapat dipertimbangkan (Ojeahere *et al.*, 2020). Jika *benzodiazepine* diperlukan, direkomendasikan untuk memberikan agen dengan waktu paruh yang lebih pendek seperti lorazepam (Kahl & Correll, 2020). Delirium yang dapat terjadi akibat interaksi obat antara terapi gangguan jiwa dan terapi Covid-19 serta risiko efek samping psikiatri yang diinduksi oleh obat-obatan yang digunakan pada terapi Covid-19 juga perlu dipantau dan ditangani secara optimal (Kahl & Correll, 2020; Javed, Mohandas & De Sousa, 2020).

Manajemen psikososial dapat meliputi edukasi dan informasi serta manajemen sistem untuk memastikan keberlanjutan dan aksesibilitas perawatan psikiatri.

Edukasi dan informasi diberikan agar pasien dapat mengetahui cara-cara mencegah penularan Covid-19 dan mengetahui kapan dan di mana mereka bisa mendapatkan bantuan untuk Covid-19 maupun gangguan psikotik mereka (Kahl & Correll, 2020). Pasien juga perlu mendapatkan edukasi untuk mengurangi paparan terhadap media massa dan media sosial sebagai salah satu cara untuk mengurangi kecemasan terkait pandemi Covid-19 yang dapat memicu terjadinya episode psikotik (Meyer-Kalos *et al.*, 2020). Klinisi perlu aktif melakukan penapisan untuk pemikiran tentang bunuh diri karena ketakutan, isolasi sosial, dan ketidakpastian terkait ekonomi merupakan faktor risiko yang diketahui untuk depresi, terutama yang disertai gejala psikotik dan upaya bunuh diri. Jika tatap muka sulit dilakukan, telemedisin harus digunakan seoptimal mungkin. Pada latar rawat jalan, dukungan psikososial dapat diberikan melalui *video conferencing*. Adanya dukungan kebijakan untuk memungkinkan integrasi telepsikiatri dalam model pelayanan akan dapat mengoptimalkan penyediaan layanan ini (Kahl & Correll, 2020).

Pasien dengan gangguan psikotik juga dapat diajarkan untuk merespons stresor berupa pandemi Covid-19 ini secara optimal menggunakan teknik-teknik kognitif perilaku seperti teknik-teknik untuk menurunkan kecemasan, depresi, dan insomnia yang dapat memperburuk gejala psikotik, teknik pemantauan diri, melatih mengoptimalkan penilaian realita, dan perencanaan rutinitas sehari-hari untuk mengoptimalkan kesejahteraan (Kopelovich & Turkington, 2021). Selain itu, pasien dapat didorong untuk melakukan kontak rutin dengan keluarga dan petugas kesehatan agar dapat tetap mempertahankan kemampuan interaksi sosial dan meminimalkan isolasi sosial secara umum. Dukungan keluarga juga akan penting untuk memastikan kepatuhan berobat dan memberikan bantuan bagi pasien untuk mendapatkan penanganan segera jika terjadi efek samping obat atau perburukan pada kondisi fisik maupun mentalnya (Meyer-Kalos *et al.*, 2020). Pada cakupan yang lebih luas, intervensi kebijakan yang terintegrasi untuk mendorong pelaporan yang berimbang dan bertanggung jawab di media massa tentang pandemi Covid-19 dapat berpotensi menurunkan risiko munculnya reaksi berlebihan pada orang-orang yang berisiko dan untuk mencegah kejadian maupun eksaserbasi dari episode psikotik (Fischer, Coogan, Faltraco & Thomea, 2020)

PROGNOSIS GANGGUAN PSIKOTIK PADA KONTEKS COVID-19

Pada latar rawat inap, gangguan psikotik dalam konteks Covid-19 yang ditangani dengan antipsikotik konvensional memiliki prognosis yang baik (Xie *et al.*, 2020). Meskipun begitu, adanya komorbiditas dan faktor-faktor biologis selain Covid-19 dan psikosis perlu mendapat perhatian karena potensinya untuk menyebabkan prognosis buruk dan kematian. Salah satu contoh faktor ini adalah lebih tingginya risiko komplikasi tromboemboli pada pasien psikosis yang mengalami Covid-19 (Mongan & Cannon, 2020). Dampak mental dan psiko-sosial perawatan Covid-19 juga dapat berlangsung dalam jangka panjang. Han, Wang, Feng, & Wu (2020) telah melaporkan pasien dengan riwayat delirium akibat Covid yang masih menunjukkan tanda-tanda tekanan mental dalam bentuk mudah lelah, kecemasan, dan gejala-gejala pasca trauma pada lima bulan setelah ia pulang dari rumah sakit. Pasien dengan gangguan psikotik yang juga merupakan penyintas Covid-19 juga berisiko mengalami peningkatan stigma terkait kondisinya. Manajemen yang terintegrasi di semua level akan diperlukan untuk meminimalkan dampak jangka panjang yang tidak diinginkan untuk pasien-pasien ini (Mo, Wang, Chen & Jiang, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Akkaoui, M. A., Lejoyeux, M. & Geoffroy, P.A. 2021. Chloroquine-Induced First-Episode Psychosis in a Patient Self-medicated for COVID-19. *Biol. Psychiatry*, 89(3):e9.
- Brown, E., Gray, R., Lo Monaco, S. *et al.* 2020. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophrenia Research*, 222:79-87.
- Cheng, S., Tsang, J., Ku, K., Wong, C. & Ng, Y. 2004. Psychiatric complications in patients with severe acute respiratory syndrome (SARS) during the acute treatment phase: a series of 10 cases. *Br. J. Psychiatry*, 184(4): 359–360.
- Correa-Palacio, A. F., Hernandez-Huerta, D., Gomez-Arnau, J. *et al.* 2020. Affective Psychosis after COVID-19 infection in a previously healthy patient: a case report. *Psychiatry Res.*, 290 (113–115).
- Ferrando, S. J., Klepacz, L., Lynch, S. *et al.* 2020. COVID-19 Psychosis: A Potential New Neuropsychiatric Condition Triggered by Novel Coronavirus Infection and the Inflammatory Response? *Psychosomatics*, 61: 551–555.

- Fischer, M., Coogan, A., Faltraco, F. *et al.* 2020. COVID-19 paranoia in a patient suffering from schizophrenic psychosis – a case report. *Psychiatry Res*, 288 (113001).
- Gruss, B.D. 2020. Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations with Serious Mental Illness. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 891-892.
- Han, D., Wang, C., Feng, X. & Wu, J. 2020. Delirium During Recovery in Patients With Severe COVID-19: Two Case Reports. *Frontiers in Medicine*, pp:1-8 catatan: mohon cantumkan volume dan nomor jurnal
- Helms, J., Kremer, S., Merdji, H. *et al.* 2020. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N Engl J Med.*, 328(23): 2268-2270.
- Huarcaya-Victoria, J., Herrera, D. & Castillo, C. 2020. Psychosis in a patient with anxiety related to COVID-19: A case report. *Psychiatry Res.*, 289(113052).
- Javed, A., Mohandas, E. & De Sousa, A. 2020. The Interface of Psychiatry and COVID-19: Challenges for Management of Psychiatric Patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(5):1133-1136.
- Kahl, K.G. & Correll, C.U. 2020. Management of Patients with Severe Mental Illness During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 77(9): 977-978.
- Kopelovich, S.L. & Turkington, D. 2021. Remote CBT for Psychosis During the COVID-19 Pandemic: Challenges and Opportunities. *Community Mental Health Journal*, 57(1):30-34.
- Kozloff, N., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V. & Voineskos, A. N. 2020. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4): 752-757.
- Lee, D.T., Wing, Y.K., Leung, H.C. *et al.* 2004. Factors associated with psychosis among patients with severe acute respiratory syndrome: a case-control study. *Clin Infect Dis*, 39(8): 1247-1249.
- Mao, L., Jin, H., Wang, M. *et al.* 2020. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol*, 77(6): 683-690.
- Marwick, K. & Birrell, S. 2013. *Crash Course Psychiatry*. 4th Ed. Amsterdam: Elsevier Ltd.
- Maslim, R. 2013. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ III dan DSM-V*. Cetakan ke-2. Jakarta: Penerbit Nuh Jaya.
- Meyer-Kalos, P. S., Roe, D., Gingerich, S. *et al.* 2020. The impact of COVID-19 on coordinated specialty care (CSC) for people with first episode psychosis (FEP): Preliminary observations, and recommendations, from the United States, Israel, and China. *Counseling Psychology Quarterly*, pp: 1-23
- Miller, B.J., Buckley, P., Seabolt, W. *et al.* 2011. Meta-analysis of cytokine alterations in schizophrenia: clinical status and antipsychotic effects. *Biol. Psychiatry*, 70(7): 663-671.

- Mo, G. H., Wang, Z. X., Chen, X. S. & Jiang, Q. 2020. The prognosis and prevention measures for mental health in COVID-19 patients: through the experience of SARS. *Biopsychosocial Medicine*, 14(22): 1–6.
- Mongan, D. & Cannon, M. C. 2020. COVID-19, hypercoagulation and what it could mean for patients with psychotic disorders. *Brain Behav. Immun.*, 88(2020): 9–10.
- Ojeahere, M. I., de Filippis, R., Ransing, R. *et al.* 2020. Management of psychiatric conditions and delirium during the COVID-19 pandemic across continents: lessons learned and recommendations. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 9(100147).
- Parra, A., Juanes, A., Losadar, C.A.S. *et al.* 2020. Psychotic symptoms in COVID-19 patients. A retrospective descriptive study. *Psychiatry Research*, 291(113254).
- Patients, L., Taylor, D., Lindsay, A. C., & Halcox, J. P. 2020. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England Journal of Medicine*, 382: 1564–1567.
- Raony, Í., de Figueiredo, C. S., Pandolfo, P., Giestal-de-Araujo, E., & Bomfim, P.O.S. 2020. Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. *Front. Immunol*, 11(1170): 1-15
- Rentero, D., Juanes, A., Losada, C.P. *et al.* 2020. New-onset psychosis in COVID-19 pandemic: a case series in Madrid. *Psychiatry Res.*, 290 (113097).
- Steardo, L., Steardo Jr, L., Zorec, R. & Verkhratsky, A. 2020. Neuroinfection may contribute to pathophysiology and clinical manifestations of COVID-19. *Acta Physiol (Oxf)*, 229 (3): e13473.
- Tariku, M., & Hajure, M. 2020. Available Evidence and Ongoing Hypothesis on Corona Virus (COVID-19) and Psychosis: Is Corona Virus and Psychosis Related? A Narrative Review. *Psychol Res Behav Manag*, 13: 701-704.
- Thomas, S.P. 2021. Psychosis Related to COVID-19: Reports of a Disturbing New Complication. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2): 111.
- Valdés-Florido, M. J., López-Díaz, Á., Palermo-Zeballo, F.J. *et al.* 2020. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2): 90-94.
- Xie, Q., Fan, F., Fan, X.-P. *et al.* 2020. COVID-19 patients managed in psychiatric inpatient settings due to first-episode mental disorders in Wuhan, China: clinical characteristics, treatments, outcomes, and our experiences. *Translational Psychiatry*, 10(337).

PANDEMI COVID-19 DAN GANGGUAN PSIKOSOMATIK

8

Frihya Rachma Putri

PENDAHULUAN

Pada bulan Desember tahun 2019, wabah pneumonia virus *Corona* baru pertama kali telah dilaporkan di Wuhan dan mengawali keadaan darurat kesehatan masyarakat nasional lainnya di Cina, setelah sebelumnya muncul wabah sindrom pernapasan akut (*severe acute respiratory syndrome/SARS*) yang parah pada tahun 2003. Pada tanggal 30 Januari tahun 2020, Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization) menyatakan bahwa wabah Covid-19 merupakan masalah kesehatan masyarakat global. Pada bulan Juni tahun 2020, virus Corona baru ini telah menyebar ke seluruh dunia dan memengaruhi lebih dari 10 juta orang dan menyebabkan lebih dari setengah juta kematian. Perjalanan infeksi yang disebabkan oleh SARS-CoV-2 bervariasi dari gangguan pernapasan asimtomatik, simtomatik yang parah hingga menimbulkan kematian. Selanjutnya jika pengobatan ditunda, kemungkinan besar akan terjadi kematian yang relatif tinggi. Semua faktor ini dapat memengaruhi kesehatan fisik dan kesehatan mental secara bermakna (Wielgus *et al.*, 2020).

Ketidaknyamanan fisik dan mental terkait wabah Covid-19 telah menyebabkan situasi global sangat bergejolak. Selama pandemi Covid-19, komplikasi medis umum paling banyak mendapat perhatian. Sementara hanya sedikit penelitian yang membahas potensi efek langsung SARS-CoV-2 dan potensi neurotropik pada kesehatan mental. Selain itu, efek tidak langsung pandemi pada kesehatan mental secara umum semakin memprihatinkan, terutama sejak epidemi SARS-CoV-1 pada tahun 2002-2003 yang dikaitkan dengan komplikasi masalah kesehatan

mental (Vindegaard & Benros, 2020). Studi terbaru tentang wabah Covid-19 yang dilakukan pada periode epidemi sebelumnya menekankan bahwa wabah infeksius berskala besar memiliki spektrum efek psikososial yang luas. Di antaranya adalah efek psikososial, gejala seperti stres yang memberat, lekas marah, cemas, takut, keluhan depresi dan gangguan stres pasca trauma yang bersifat endemik. Faktor biologis, psikologis, dan sosial telah dipertimbangkan berperan penting dalam etiologi gejala psikosomatis dan gangguan terkait. Beberapa populasi rentan merupakan target utama subjek termasuk petugas kesehatan, pasien psikiatri, individu yang dikarantina, anggota keluarga, orang dewasa yang lebih tua, dan anak-anak (Yue *et al.*, 2020). Mereka yang mengalami emosi negatif berlebihan dapat menimbulkan gejala yang bermakna.

Sebesar 63,6% responden dalam penelitian ini mengungkapkan keprihatinannya mengenai kebutuhan hidup sehari-hari, efektivitas pencegahan dan pengendalian terhadap ancaman kehidupan dan kesehatan yang ditimbulkan oleh Covid-19. Ketiga masalah ini terkait dengan kecemasan dan depresi. Gejala somatis dialami sebesar 34,85% responden dengan kategori ringan dan sebesar 26,26% responden dengan kategori sedang. Sebesar 8,59% responden mempunyai kepedulian berlebihan terhadap kebutuhan hidup sehari-hari yang merupakan faktor risiko terpenting terhadap kemunculan gejala somatis.

Karakteristik epidemiologis dan gejala klinis Covid-19 masih belum jelas dan masih belum ditetapkannya protokol pengobatan secara konsisten (Huang *et al.*, 2020). Merupakan hal yang sangat penting untuk disadari bahwa trauma yang ditimbulkan dapat memengaruhi orang dengan cara yang berbeda baik pada tingkat individu dan tingkat kolektif. Kondisi demikian menimbulkan tantangan terhadap kesehatan mental bagi banyak orang. Meskipun masalah kesehatan mental menyumbang sekitar sepertiga dari kecacatan dunia pada orang dewasa, masalah ini cenderung kurang ditangani dan diabaikan dalam masyarakat dan terkait erat dengan wabah penyakit yang mematikan. Di antara populasi anak-anak, infeksi tampaknya menghasilkan kasus yang kurang kritis (5,9%) dibandingkan dengan orang dewasa yang terinfeksi (18,5%) (Liu *et al.*, 2020). Masa remaja adalah masa kritis dari manifestasi kesulitan kesehatan mental (Collizi *et al.*, 2020). Secara keseluruhan, bukti menunjukkan bahwa presentasi Covid-19 di antara remaja dengan masalah kesehatan mental yang mempunyai komorbiditas mungkin menantang dalam hal manajemen dan memerlukan perawatan yang kompleks (Collizi *et al.*, 2020). Tanpa intervensi yang tepat, gangguan psikosomatis dan gangguan stres pasca trauma sangat mungkin dapat terjadi. Kondisi ini dapat

berdampak serius pada kesehatan fisik dan kesehatan mental. Dengan demikian perlu dilakukan investigasi terhadap permasalahan di antara populasi umum mengenai Covid-19 dan gejala somatis. Sehingga dapat diperoleh data referensi untuk intervensi psikologis yang praktis dan efektif. Pada saat pandemi, seseorang akan lebih sulit mendapatkan bantuan psikologis atau psikiater profesional. Dengan demikian, perlu dicari alternatif bentuk tata laksana swadaya yang dapat berkontribusi pada pengurangan konsekuensi negatif dari kondisi krisis ini dengan mengurangi ketidakpastian, kecemasan, dan lainnya (Wielgus *et al.*, 2020).

DEFINISI DAN ETIOLOGI GANGGUAN PSIKOSOMATIS

Gangguan psikosomatis ditandai dengan adanya preokopasi disfungsi terkait gejala fisik yang mengarah pada penggunaan perawatan kesehatan yang berlebihan dan tidak diperlukan. Gangguan psikosomatis merupakan penyakit yang memengaruhi pikiran dan tubuh secara bersamaan. Pikiran dan tubuh memiliki satu identitas. Dengan demikian interaksi antara penyakit tubuh dan pikiran itu bersifat alami. Hubungan antara pikiran dan tubuh bergantung pada hubungan antara sistem saraf pusat dan sistem saraf pusat lainnya pada tubuh, hubungan antara emosional, intelektual dan organ fisik, serta hubungan antara bidang bawah sadar dan tidak sadar. Banyak penelitian ilmiah telah dilakukan di bidang biologi dan psikologi namun etiologi gejala psikosomatis belum dijelaskan. Meski demikian, jika dievaluasi secara umum, psikiatri dan keadaan psikosomatis dapat dijelaskan dengan peristiwa molekuler seperti genetika dan modifikasi epigenetik, trauma masa kecil dan peristiwa kehidupan menantang lainnya seperti penuaan dan non-adaptasi dengan situasi yang terjadi.

Kondisi negatif terkait kesehatan yang disebabkan oleh wabah Covid-19 dan tindakan yang diambil untuk memperlambat penyebaran wabah telah mengakibatkan perubahan gaya hidup di sebagian besar masyarakat. Adaptasi terhadap perubahan yang cepat dan masif seperti itu tidak diragukan lagi merupakan proses yang menantang. Dalam konteks ini, terdapat peningkatan tingkat stres yang terjadi pada banyak individu selama proses yang menantang. Meskipun istilah stres memiliki definisi yang sangat luas dan berbeda, istilah stres banyak digunakan untuk situasi yang mengancam dan mengkhawatirkan. Respons tubuh manusia terhadap stres bisa diklasifikasikan dalam tiga kategori berbeda yaitu kategori emosional, kategori perilaku dan kategori fisiologis. Siklus respons fisiologis berkembang setelah stres berperan dalam hubungan antara stres

dan keluhan somatis serta penyakit. Stres biasanya menyebabkan aktivasi dari sistem saraf simpatis dan sumbu hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA) yang diikuti oleh banyak perubahan fisiologis antara lain hipertensi, penekanan kekebalan, takikardia, dan resistansi insulin. Aktivasi sumbu HPA telah diketahui dapat memengaruhi proses inflamasi di jaringan yang dapat menyebabkan persepsi rasa sakit dengan cara memengaruhi berbagai tingkat di seluruh rasa sakit pada jalur transmisi, baik di jaringan perifer maupun di sistem saraf pusat. Dengan demikian, disfungsi pada sumbu HPA mungkin berperan dalam perkembangan nyeri neuropatik. Kelainan sumbu HPA yang signifikan telah diamati dalam banyak kondisi klinis nyeri kronis, termasuk fibromialgia, nyeri punggung bawah, sindrom iritasi usus besar, dan *rheumatoid arthritis*. Demikian pula dengan peningkatan tingkat pelepasan kortisol dan hormon kortikotropin (CRH), yang juga diamati setelah aktivasi sumbu HPA, dilaporkan memengaruhi level hormon reproduksi setelah aktivasi sumbu HPA. Kemudian timbul gejala klinis seperti anovulasi atau amenore sebagai dampaknya (Gica *et al.*, 2020).

MEKANISME BIOLOGIS POTENSIAL SARS-COV-2 DAN PENGARUHNYA TERHADAP GEJALA PSIKIATRI

Berdasarkan studi terbaru, terdapat bukti yang menunjukkan indikasi bahwa efek neurotropik SARS-CoV-2 berpengaruh terhadap kemunculan gejala neurologis pada pasien yang menderita Covid-19. Delirium merupakan gejala SARS-CoV-2 yang paling sering dilaporkan dan disebabkan oleh invasi langsung pada sistem saraf pusat. Dua studi kasus dilaporkan pada kasus meningitis/ensefalitis SARS-CoV-2. Namun, hanya salah satu kasus dari keduanya yang memiliki tes SARS-CoV-2 RT-PCR positif dengan konfirmasi pada cairan serebrospinal. ACE2 adalah reseptor fungsional untuk SARS-CoV-2 dan diketahui bahwa ACE2 diekspresikan dalam neuron. Hal ini menarik mengingat banyak laporan anosmia sebagai gejala awal Covid-19. Telah dipikirkan sebelumnya bahwa SARS-CoV-1 kemungkinan masuk ke otak melalui bola olfaktorius. Secara keseluruhan, hal ini menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 dapat menjadi neurotropik yang dapat memasuki otak melalui bola penciuman sehingga menyebabkan peningkatan gejala neuropsikiatri pada pasien yang selamat dari Covid-19.

Saat membahas potensi efek SARS-CoV-2 pada otak, perlu diperhatikan laporan tentang perubahan imunologis perifer di antara pasien Covid-19. Tingkat neutrofil yang jauh lebih tinggi, tetapi tingkat limfosit yang secara signifikan lebih

rendah telah dilaporkan di antara kasus yang parah dibanding dengan kasus yang tidak parah. Pasien dengan SARS-CoV-2 telah dilaporkan memiliki jumlah proinflamasi yang tinggi. Sitokin (IL-1beta, IFN-gamma, IP10 dan MCP-1) menunjukkan respons Th1. Respons pro-inflamasi telah dilaporkan di antara pasien dengan gangguan depresi mayor di kedua plasma dan berhubungan antara gejala neuropsikiatri dengan respons proinflamasi yang perlu dijelaskan lebih lanjut (Vindegard & Benros, 2020).

PENGARUH COVID-19 TERHADAP TERJADINYA GANGGUAN PSIKOSOMATIS

Keadaan darurat kesehatan masyarakat dapat memengaruhi kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan baik individu dan komunitas. Pengaruh darurat kesehatan masyarakat terhadap individu antara lain adalah ketidakamanan, kebingungan, isolasi emosional, dan stigma. Sedangkan pengaruh darurat kesehatan masyarakat terhadap komunitas antara lain adalah kerugian ekonomi, penutupan pekerjaan dan sekolah, sumber daya yang tidak memadai untuk pelayanan medis, respons, serta distribusi kebutuhan yang kurang. Efek ini dapat diterjemahkan dalam berbagai reaksi emosional (seperti tekanan atau kondisi kejiwaan), perilaku yang tidak sehat (seperti penggunaan zat berlebihan), dan ketidakpatuhan terhadap arahan kesehatan masyarakat (seperti karantina di rumah dan vaksinasi) pada orang yang tertular penyakit dan pada populasi umum. Penelitian lebih jauh dalam kesehatan mental bencana telah menetapkan bahwa tekanan emosional dapat muncul pada populasi yang terkena dampak pandemi Covid-19 (Gica *et al.*, 2020).

Selama pandemi ini, banyak orang melakukan *social distancing* yang berkepanjangan, isolasi, dan perpisahan dari dukungan sosial (Wielgus *et al.*, 2020). Tindakan seperti karantina dan *social distancing* dengan tujuan untuk menghentikan penularan Covid-19, dapat berkontribusi pada peningkatan depresi, tindakan menyakiti diri sendiri, penggunaan alkohol dan obat-obatan yang berbahaya dengan konsekuensi psikologis negatif lebih lanjut (Ptefferbaum & North, 2020; Out *et al.*, 2020).

Gejala kecemasan dan depresi sering terjadi sebagai respons terhadap pandemi Covid-19, mirip dengan masalah kesehatan mental yang muncul selama tahap awal wabah SARS (Ptefferbaum & North, 2020). Sedangkan tingkat stres yang sesuai bisa memperbaiki kondisi resistansi tubuh dan berfungsi sebagai mekanisme

pertahanan. Saat stres terjadi akan kehilangan kontrol sehingga sistem saraf otonom dan korteks terpengaruh secara negatif. Hal ini dapat menyebabkan gejala psikosomatis dan somatis serta masalah psikologis dan gangguan mental.

Berdasarkan hasil dari sebuah penelitian didapatkan peningkatan gejala psikosomatis setelah wabah merebak. Gangguan psikosomatis tersebut terutama dipicu oleh rasa takut akan terinfeksi Covid-19. Analisis korelasi menunjukkan bahwa tingkat gejala psikosomatis setelah wabah berkorelasi lebih kuat dengan ancaman yang dirasakan Covid-19, intoleransi terhadap ketidakpastian dan ritme biologis dibandingkan dengan tingkat gejala psikosomatis sebelum wabah.

GAMBARAN KLINIS GANGGUAN PSIKOSOMATIS TERKAIT COVID-19

Berdasarkan hasil sebuah penelitian di Cina, sebesar 63,6% responden mengungkapkan keprihatinannya mengenai kebutuhan hidup sehari-hari, keefektifan tindakan pencegahan dan pengendalian serta ancaman terhadap kehidupan dan kesehatan yang ditimbulkan oleh Covid-19. Ketiga kekhawatiran ini terkait dengan kecemasan dan depresi. Insiden gejala somatis di kalangan responden adalah sebesar 34,85% (ringan, 26,26%; sedang, 8,59%). Di antara ketiga jenis perhatian tersebut, perhatian terhadap kebutuhan hidup sehari-hari merupakan faktor risiko terpenting untuk gejala somatis.

Para siswa sekolah dasar mengkhawatirkan ancaman terhadap kehidupan dan kesehatan yang ditimbulkan oleh Covid-19 (39,7% responden). Lebih jauh lagi, kekhawatiran ini dikaitkan dengan kecemasan, tetapi tidak dengan depresi. Sebesar 2,39% responden yang merupakan murid sekolah dasar mengalami gejala somatis ringan. Kekhawatiran mengenai ancaman terhadap kehidupan dan kesehatan merupakan faktor risiko yang signifikan untuk gejala somatis.

Hasil studi tersebut menunjukkan bahwa stres akibat wabah Covid-19 muncul secara berbeda antara siswa sekolah dasar dan mahasiswa. Sebagian besar mahasiswa telah mencapai kemandirian dan mereka cenderung mengkhawatirkan semua aspek Covid-19. Dengan demikian gejala somatis mereka lebih parah dibandingkan dengan siswa sekolah dasar yang tidak mandiri (yaitu dilindungi oleh orang tua dan sekolah). Selama pandemi Covid-19, siswa sekolah dasar cenderung hanya peduli terhadap ancaman langsung terhadap kehidupan dan kesehatan, kebutuhan hidup sehari-hari serta efektivitas pencegahan, dan pengendalian yang telah menjadi perhatian berlebihan bagi para orang tua mereka.

TATA LAKSANA GANGGUAN PSIKOSOMATIS MASA PANDEMI COVID-19

Berikut beberapa usulan pendekatan tata laksana gangguan psikosomatis di masa pandemi Covid-19.

1. Menjaga kesehatan mental anak

Berdasarkan hasil dari sebuah studi, sebagian besar anak-anak usia sekolah prihatin tentang ancaman langsung terhadap kehidupan dan kesehatan yang ditimbulkan oleh Covid-19. Kebutuhan hidup sehari-hari dan kemanjuran pencegahan dan pengendalian kemungkinan besar menjadi domain keprihatinan orang tua. Bagi para siswa Sekolah Dasar, pendidikan harus ditujukan untuk mendorong pemahaman bahwa tindakan yang tepat dapat mengurangi ancaman terhadap kehidupan dan kesehatan yang ditimbulkan oleh bencana besar, termasuk pandemi.

Respons stres seorang anak terhadap bencana sangat tergantung pada respons dukungan yang diberikan oleh orang tuanya. Anak-anak menanggapi situasi sesuai dengan perilaku orang dewasa dalam kehidupan mereka. Ketika orang tua merespons situasi dengan tenang dan percaya diri saat menghadapi bencana, mereka akan dapat mampu mendukung anak-anak mereka. Pusat pengendalian dan pencegahan penyakit Amerika Serikat mencatat bahwa tanggapan anak-anak terhadap bencana dipengaruhi oleh keluarga dan komunitas mereka, serta oleh sumber daya keluarga, hubungan dan komunikasi di antara anggota keluarga, serta ketahanan komunitas secara keseluruhan.

Dalam keadaan darurat kesehatan masyarakat seperti wabah Covid-19, upaya untuk menjaga kesehatan psikologis anak harus dimulai dari orang tuanya. Pendidikan kesehatan yang tepat bagi orang tua diperlukan agar mereka mampu menghadapi stres akibat wabah sehingga dapat melindungi anak-anak mereka dari tekanan psikologis. Pendidikan kesehatan bagi orang tua hendaknya disesuaikan dengan karakteristik khusus sehingga dapat menjangkau kebutuhan orang tua.

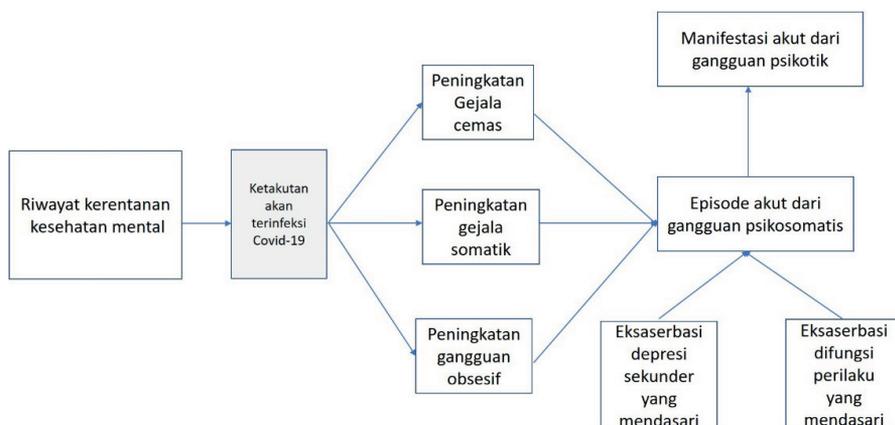
2. Menjaga kesehatan mental di kalangan dewasa

Kekhawatiran tentang kebutuhan hidup sehari-hari, efektivitas tindakan pencegahan dan pengendalian, serta ancaman terhadap kehidupan dan kesehatan yang ditimbulkan oleh Covid-19 adalah faktor risiko gejala somatis di kalangan mahasiswa. Survey lain yang dilakukan selama periode yang sama menemukan bahwa paparan media sosial berkorelasi positif dengan emosi negatif, seperti depresi dan kecemasan. Isu ini sangat relevan bagi mahasiswa,

yang lebih terpapar ke media sosial daripada kelompok lain. Responden mahasiswa dalam penelitian ini mempunyai pengetahuan terkait aspek pandemi Covid-19. Terutama selama tahap awal pandemi, banyak toko yang menjual masker, alkohol, dan produk lain yang relevan dengan pencegahan dan pengendalian virus, namun persediaannya terbatas. Hal ini membuat mereka khawatir tentang ancaman terhadap kehidupan dan kesehatan yang ditimbulkan oleh Covid-19 sehingga memperburuk tekanan psikologis dan gejala somatis secara keseluruhan. Temuan serupa dilaporkan selama periode merebaknya wabah SARS. Beberapa gejala somatis yang mirip dengan infeksi Covid-19, seperti gejala gastrointestinal dapat membuat mahasiswa curiga bahwa dirinya terinfeksi, sehingga semakin memperburuk masalah kesehatan.

Hasil studi telah menemukan bahwa pencegahan dan pengendalian awal Covid-19 memberikan perlindungan terhadap tekanan psikologis dan dikaitkan dengan tingkat kecemasan yang rendah. Selama wabah SARS pada tahun 2003, pencegahan dan pengendalian dini dikaitkan dengan tingkat kecemasan sedang. Dapat disimpulkan bahwa jika mereka menerima pendidikan kesehatan yang sesuai, masyarakat memahami bahwa tindakan pencegahan dan pengendalian yang efektif dapat melindungi mereka dari infeksi sehingga mengurangi kekhawatiran mengenai ancaman terhadap kehidupan dan kesehatan. Studi lain menemukan bahwa pendidikan kesehatan yang secara khusus ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan tentang Covid-19 di antara orang-orang berpendidikan tinggi dapat membantu mereka mempertahankan sikap optimis serta mendorong penerapan tindakan pencegahan dan pengendalian yang tepat. Dengan demikian, pemerintah dan lembaga terkait harus merencanakan ke depan dan memberikan pendidikan kesehatan masyarakat agar dapat meningkatkan ketahanan terhadap tekanan psikologis dalam menghadapi pandemi.

Efek penyangga dari dukungan sosial yang baik selama keadaan darurat publik telah dilaporkan. Investigasi wabah SARS pada tahun 2003 menunjukkan bahwa individu dengan dukungan sosial yang baik akan mengalami lebih sedikit tekanan fisik dan mental. Intervensi berdasarkan penelitian biologis, psikologis dan sosiologis, dan menggabungkan *mode* respons, sangat diperlukan untuk individu yang terdampak pandemi. Individu yang mengalami gejala somatis parah dapat diobati dengan obat psikotropika atas supervisi tenaga profesional. Kesamaan antara gejala somatis ringan dan Covid-19 harus ditekankan untuk mengatasi ketakutan mereka. Efek rumor



GAMBAR 8.1 Jalur perkembangan menuju manifestasi episode akut gangguan psikosomatis pada pasien yang khawatir terjangkit Covid-19

dan informasi negatif opini publik harus dikendalikan melalui kampanye informasi publik. Pendidikan kesehatan yang tepat diperlukan untuk mencegah penyebaran virus, meningkatkan ketahanan psikologis, dan memberdayakan individu untuk mengambil tindakan pencegahan yang efektif.

3. Menatalaksana pasien dengan gangguan psikosomatis

Pada Gambar 8.1 dijelaskan jalur perkembangan menuju manifestasi episode akut gangguan psikosomatis pada pasien yang khawatir terjangkit Covid-19. Kasus eksaserbasi gejala gangguan psikosomatis dipicu oleh ketakutan akan terinfeksi Covid-19. Mempertimbangkan latar belakang pasien dan setelah mengeksklusi Covid-19, terdapat dua kemungkinan diagnostik awal yaitu adanya preokupasi disfungsional dengan gejala fisik, dengan atau tanpa infeksi yang mendasari. Menurut DSM-5, kondisi medis yang diketahui dapat menjelaskan gejala somatis, tidak menghalangi diagnosis gangguan psikosomatis.

Mempertimbangkan adanya gejala somatis, pasien dengan gangguan psikosomatis harus menjalani evaluasi medis selain pemeriksaan psikiatrik. Langkah tersebut sebagai upaya untuk menjelaskan secara medis terkait hal yang tidak dapat dijelaskan. Meskipun bukti menunjukkan bahwa gangguan psikosomatis cukup umum, kondisi seperti itu masih tetap kurang dikenali. Bahkan dalam *setting* psikiatri pun, telah menyebabkan ketegangan yang cukup besar pada sumber

daya perawatan kesehatan melalui peningkatan kunjungan layanan kesehatan primer, layanan kesehatan spesialis, dan layanan kesehatan darurat serta investigasi diagnostik dan rawat inap di rumah sakit. Peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan merupakan perhatian yang signifikan dalam gangguan psikosomatis. Hal ini mengingatkan terbatasnya bukti respons terhadap pengobatan psikofarmakologis dan penggunaan intervensi psikologis. Kondisi ini sangat relevan karena dapat membebani sistem perawatan kesehatan yang telah melebihi kapasitas. Peristiwa kehidupan individu yang relevan dan bersifat tidak terduga akan bergantung pada persepsi individu tersebut terkait dampak yang dialaminya. Bahkan individu yang tidak tertular Covid-19 pun akan tetap dapat terpengaruh meskipun tidak terancam nyawanya. Ketika gejala mirip Covid-19 terjadi, seorang dokter diharapkan dapat mendiagnosis secara berbeda kemungkinan eksaserbasi gangguan psikosomatis yang sudah ada sebelumnya. Gangguan psikosomatis yang muncul pada saat ini dipicu oleh rasa takut akan terinfeksi Covid-19. Hal ini merupakan hal yang sangat penting untuk diupayakan oleh dokter agar dapat mencegah beban lebih lanjut pada sistem perawatan kesehatan (Collizi *et al.*, 2020).

RINGKASAN

Hasil studi terkini menunjukkan bahwa keluhan psikosomatis meningkat selama periode pandemi Covid-19. Perubahan ancaman yang dirasakan dan perubahan ritme biologis terutama intoleransi berkontribusi terhadap keluhan psikosomatis serta berperan penting sebagai efek mediasi dalam hubungan antara ancaman Covid-19 dan keluhan psikosomatis. Hasil studi terkini juga mengungkapkan pentingnya mempelajari kemampuan untuk menoleransi ketidakpastian dalam pendekatan terapeutik yang diterapkan selama pandemi Covid-19. Selain itu, pentingnya perlindungan ritme sirkadian untuk meminimalkan kerusakan efek mental selama karantina juga diperlukan.

Pemerintah dan lembaga terkait harus menerapkan langkah-langkah berbeda untuk menjaga kesehatan mental dan psikologis kelompok tertentu. Modul yang berisi konten terkait respons adekuat dapat dimasukkan ke dalam program intervensi kesehatan mental, yang pada prinsipnya harus ditujukan untuk menstabilkan keadaan emosional tetapi juga harus menekankan aspek kebijakan sosial. Peran transparansi informasi secara mendetail yang dibagikan oleh administrator sangat diperlukan untuk mengurangi ketidakpastian selama

pandemi Covid-19. Pemerintah dan lembaga terkait lainnya harus menerapkan intervensi kesehatan mental yang memperhitungkan perbedaan antara anak-anak dan orang dewasa.

DAFTAR PUSTAKA

- Colizzi, M., Bortoletto, R., Silvestri, M. et al. 2020. Medically unexplained symptoms in the times of COVID-19 pandemic: A case-report. *Brain Behav Immun Health*, 5(100073):1-4.
- Gica, S., Kavakli, M., Durduran, Y., Ak, M. 2020. The Effect of COVID-19 Pandemic on Psychosomatic Complaints and Investigation of The Mediating Role of Intolerance to Uncertainty, Biological Rhythm Changes and Perceived COVID-19 Threat in this Relationship: A Web-Based Community Survey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 30(2):89-96. DOI:10.5455PCP20200514033022.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., et al. 2020. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223):497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
- Liu, S., Liu, Y., Liu, Y. 2020. Somatic symptoms and concern regarding COVID-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 289:113070.
- Otu, A., Charles, C.H., Yaya, S. 2020. Mental health and psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: the invisible elephant in the room. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(38):1-5
- Ptefferbaum, B. & North, C.S. 2020. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*, 383(6):510-512. doi: 10.1056/NEJMp2008017.
- Rajkumar, R.P. 2020. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*, 52:102066.
- Vindegard, N. & Benros, M.E. 2020. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*, 89(2020):531-542.
- Wielgus, B., Urban, W., Patriak, A. & Cichoki, L. 2020. Examining the Associations between Psychological Flexibility, Mindfulness, Psychosomatic Functioning, and Anxiety during the COVID-19 Pandemic: A Path Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(23):8764. doi:10.3390/ijerph17238764
- Yue, J.L., Yan, W., Sun, Y.K. et al. 2020. Mental health services for infectious disease outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Psychological Medicine*, 50(15): 2498-2513.

PANDEMI COVID-19 DAN GANGGUAN MAKAN

9

Harsono Wiradinata, Ivana Sajogo

PENDAHULUAN

Pandemi *Coronavirus disease 2019* (Covid-19) semakin parah mengganggu kehidupan sehari-hari, dengan efek yang sangat besar pada kesehatan mental dan fisik di seluruh dunia. Efek pada kesehatan mental mulai muncul, dengan peningkatan tingkat tekanan psikologis, depresi, dan kecemasan yang dilaporkan di antara populasi umum. Kondisi ini juga dapat mencetuskan terjadinya gangguan makan dan kekambuhan pada orang dengan gangguan makan. Perilaku gangguan makan (*eating disorder*) cenderung diperburuk melalui beberapa jalur, terutama di antara kelompok rentan, termasuk mereka dengan problem *body image* dan makan. Jalur tersebut berkaitan dengan pembatasan keluar rumah, masalah emosi dan dampak media/internet (Flaudias *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Rodgers *et al.*, 2020).

Tingginya isolasi sosial, kesepian, kebosanan, penurunan aktivitas fisik dan sosial, karena pembatasan meningkatkan stres dan pengaruh negatif, yang dicatat sebagai faktor pencetus gangguan makan.

Mood negatif juga dikenal dapat meningkatkan asupan makanan dan memicu gejala gangguan makan seperti episode *binge eating* dan disusul perilaku pembersihan (*purging*) pada individu dengan dan tanpa gangguan makan. Peningkatan penggunaan internet dan media sosial memberi pengaruh toksik tentang kriteria kurus yang ideal. Liputan media yang membuat stres dan traumatis juga dikaitkan dengan peningkatan masalah perilaku makan (Flaudias *et al.*, 2020; Rodgers *et al.*, 2020).

Dampak buruk yang diakibatkan Covid-19 pada orang dengan gangguan makan sejauh ini belum diketahui. Orang dengan gangguan makan memiliki masalah yang kompleks berhubungan dengan kerawanan pangan (*food insecurity*) dan *panic buying*. Banyak pasien memiliki pola makan yang kaku dan perilaku yang tidak fleksibel sering kali terkait dengan merek makanan sehingga mereka malas makan. Pada saat terjadi kerawanan pangan di mana rak supermarket kosong, pilihan berkurang, hal ini menambah risiko penurunan berat badan yang drastis (Touyz *et al.*, 2020).

Orang dengan berat badan sangat rendah yang mungkin menderita anoreksia nervosa sangat rentan terhadap Covid-19 karena kondisi tubuh yang terlalu kurus dan kesehatan fisik mereka terganggu (Touyz *et al.*, 2020). Pandemi Covid-19 dapat memperburuk faktor risiko makan berlebihan dan penambahan berat badan yang tidak sehat, terutama pada populasi yang rentan seperti anak-anak dan individu dengan *eating disorder* dan obesitas (Fernández-Aranda *et al.*, 2020).

Metode terapi perilaku makan berlebihan harus fokus dan terstruktur. Terapis harus berperan aktif. Banyak pendekatan dan strategi intervensi yang dipakai. Psikofarmakologi, kadang diperlukan, bila perubahan kadar serotonin maupun dopamin sudah dalam taraf mengganggu, berkaitan dengan makan berlebihan (Bailer *et al.*, 2004). Penderita anoreksia nervosa dan obesitas memberi respons positif terhadap pengobatan selama masa pembatasan sosial, tidak ada perubahan signifikan yang ditemukan pada pasien bulimia nervosa, sedangkan pasien *other specified feeding or eating disorder* (OSFED) menunjukkan peningkatan gejala makan dan psikopatologi (Fernández-Aranda *et al.*, 2020).

GANGGUAN MAKAN

Pembahasan fokus pada tiga hal utama *feeding* dan gangguan makan, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* dan *binge eating disorder*. Anoreksia dan bulimia nervosa adalah dua hal gangguan kejiwaan yang paling umum dan terjadi pada masa remaja, ditandai dengan dorongan obsesif untuk menurunkan berat badan (Hay & Morris, 2016).

Pola makan yang tidak teratur hanyalah salah satu gejala anoreksia nervosa dan bulimia nervosa. Mungkin lebih membantu untuk menganggapnya sebagai gangguan ketakutan obsesif terhadap penambahan berat badan, yang melibatkan berbagai perilaku kompulsi berbeda yang dirancang untuk menghindari konsekuensi yang ditakuti. Istilah anoreksia yang secara harfiah berarti “kurangnya

lapar” sangat tidak cocok untuk penyakit di mana penderitanya terus-menerus terobsesi oleh pikiran – dan bahkan mimpi – makanan, dan tersiksa dengan menghitung cara menahan rasa lapar yang ekstrem untuk menghindari kenaikan berat badan. Pembatasan makan jelas merupakan ciri yang menonjol, tetapi ada banyak perilaku kompensasi lainnya, seperti olahraga berlebihan, berbagai bentuk pembersihan, pemeriksaan berulang dan pencarian jaminan, misalnya dengan menimbang, mengukur atau menatap cermin. Gangguan perhatian tentang citra tubuh semakin terlihat pada masa pra-pubertas, baik laki maupun perempuan (Hay & Morris, 2016).

TABEL 9.1 Gejala yang digunakan untuk mendiagnosis anorexia nervosa dan bulimia nervosa

<i>Anorexia Nervosa</i>	<i>Bulimia Nervosa</i>
Makan tidak normal (<i>abnormal eating</i>)	
Membatasi asupan makanan dan penurunan berat badan hingga batas minimal yang diharapkan sesuai usia, jenis kelamin dan tahap perkembangan	Episode berulang dari binge eating terkait dengan rasa kehilangan kendali dan episode makan dalam jumlah yang luar biasa besar
Ketakutan bertambahnya berat badan	
Perilaku yang persisten untuk menghindari penambahan berat badan (misal, berdiet, berolahraga-membatasi jenis—muntah, purging (pembersihan), menggunakan pencahar/ <i>laxative-binge eating/purging type</i>)	Perilaku kompensasi untuk mencegah kenaikan berat badan setelah bingeing (misal, muntah setelah <i>bingeing, purging-purging type</i> —periode puasa bergantian, olahraga berlebihan— <i>nonpurging type</i>) Berat badan biasanya rata-rata atau di atas rata-rata
Distorsi bentuk tubuh	
<ul style="list-style-type: none"> • Pengaruh yang tidak semestinya dari berat badan/bentuk tubuh seseorang pada evaluasi diri • Kurangnya kesadaran akan keseriusan masalah 	
* DSM-5 tidak memiliki batas tertinggi untuk status underweight. Binge eating disorder hanya membutuhkan binge eating yang berulang dengan tanda distress dan ciri spesifik binge eating seperti jijik/muak.	

(Hay & Morris, 2016)

KRITERIA DIAGNOSTIK

Menurut kriteria diagnostik (Sadock, 2015), *anorexia nervosa* adalah suatu kondisi di mana individu hanya makan dalam jumlah yang sangat sedikit dengan pemikiran bahwa dirinya sudah terlalu gemuk, ditandai dengan pembatasan asupan energi berakibat penurunan berat badan yang signifikan, ketakutan yang sangat akan peningkatan berat badan, gangguan dalam menilai bentuk dan berat badan meskipun berat badan mereka saat ini sudah sangat kurus (*underweight*), dalam 3 bulan terakhir.

Bulimia nervosa biasanya diawali dengan episode *binge eating*, diikuti dengan perilaku yang tidak tepat untuk menghentikan kenaikan berat badan. Gambaran dari gangguan ini adalah perilaku mengonsumsi makanan dalam satu periode yang berdekatan misalnya setiap 2 jam dengan jumlah makanan yang melebihi normal, setelah itu akan diikuti perilaku memuntahkan kembali apa yang telah dimakannya, mengonsumsi obat pencakar, dan melakukan olah raga yang berlebihan sebagai kompensasi terhadap perilaku makannya.

Binge eating atau makan berlebihan melebihi batas kemampuan lambung untuk menerima makanan mempunyai karakter makan dalam suatu periode waktu misalnya tiap 2 jam dengan porsi melebihi orang normal. Biasanya disertai dengan ketidakmampuan untuk mengontrol makan yang berlebihan tersebut. Sering kali disertai dengan perasaan malu terhadap diri sendiri, depresi dan perasaan bersalah.

Body image adalah persepsi dinamis terhadap tubuh seseorang tentang bagaimana penampilan, perasaan dan gerak-geriknya. Hal ini terbentuk dari persepsi, emosi, sensasi fisik dan hal ini tidak bersifat statis melainkan dapat berubah sesuai dengan suasana perasaan, pengalaman fisik dan lingkungan. Remaja mengalami perubahan fisik yang signifikan selama masa puber, mereka sering kali mengalami persepsi dinamis tentang *body image* yang sering berubah. Sekitar 1–2% populasi dunia memenuhi kriteria diagnosis *body dysmorphic disorder*. Katharine Philips dalam penelitian terhadap 500 orang mendapatkan 22% angka ketidakpuasan terhadap berat badan. *Body image* dipengaruhi secara kuat oleh harga diri dan evaluasi diri dibandingkan evaluasi eksternal yang diberikan oleh orang lain, tetapi juga dipengaruhi oleh pesan kultural dan standar sosial tentang penampilan dan daya tarik (Sadock & Sadock, 2015).

Kriteria diagnostik *Body Dysmorphic Disorder* menurut DSM-5 (American Psychiatry Association, 2013) sebagai berikut.

1. Preokupasi terhadap defek penampilan yang diimajinasikan. Bila didapatkan sedikit saja anomali fisik, orang tersebut akan memberi perhatian berlebihan.
2. Pada titik tertentu selama perjalanan gangguan, individu telah melakukan perilaku berulang (misalnya, bercermin, perawatan berlebihan, mencabuti kulit, mencari penjaminan) atau perilaku mental (misalnya, membandingkan penampilannya dengan orang lain) sebagai tanggapan untuk masalah penampilan.
3. Preokupasi ini secara klinis menyebabkan *distress* atau gangguan yang signifikan dalam fungsi sosial, pekerjaan atau fungsi penting lainnya.
4. Preokupasi ini tidak lebih baik jika diperhitungkan sebagai gangguan mental lain (contoh: ketidakpuasan terhadap bentuk dan ukuran tubuh pada *anorexia nervosa*).

Preokupasi yang mengganggu, tidak diinginkan, menghabiskan waktu (terjadi, rata-rata 3–8 jam per hari), dan biasanya sulit untuk ditolak atau dikendalikan.

PANDEMI COVID-19 DAN GANGGUAN MAKAN

Pandemi Covid-19 telah menciptakan suatu kondisi global yang mengganggu kehidupan sehari-hari. Perilaku gangguan makan (*eating disorder*) cenderung diperburuk melalui beberapa jalur, terutama di antara kelompok rentan, termasuk mereka dengan masalah *body image* dan makan. Terdapat 3 jalur yang dapat menimbulkan eksaserbasi risiko timbulnya gangguan makan, berkaitan dengan pembatasan keluar rumah, masalah emosi dan dampak media/internet (Flaudias *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Rodgers *et al.*, 2020).

1. Pandemi Covid-19 menyebabkan terganggunya aktivitas rutin harian dan hambatan dalam melakukan aktivitas di luar rumah, seperti misalnya sekolah dan bekerja dari rumah. Berkurang atau hilangnya rutinitas serta hilangnya batasan waktu menyebabkan berubahnya pola makan dan hilangnya batasan antara tempat bekerja dan rumah serta hilangnya struktur penunjang yang mengatur pola makan menyebabkan orang lebih mudah untuk menyantap kudapan dan makan makanan ringan. Pembatasan sosial juga membatasi orang untuk sering pergi ke pusat perbelanjaan mengakibatkan kecenderungan untuk menumpuk makanan lebih dari biasanya yang pada akhirnya akan merangsang timbulnya *binge eating*. Pembatasan aktivitas fisik juga berpengaruh dan ini akan semakin meningkatkan perhatian terhadap berat badan dan bentuk tubuh

terutama pada penderita gangguan dismorfia tubuh dan timbulnya dampak negatif terhadap masalah makan, olah raga dan pola tidur.

Faktor lain yaitu isolasi sosial juga berdampak negatif terhadap berkurangnya dukungan lingkungan sosial yang berperan sebagai faktor pendukung selama periode stres dalam mengembangkan strategi adaptasi, misalnya hilangnya waktu untuk bertemu dengan terapis ataupun melakukan tindakan yang menyenangkan.

Pandemi Covid-19 secara potensial meningkatkan kebutuhan perawatan medis, meskipun secara simultan mengurangi jumlah terapi yang biasa diadakan secara tatap muka dan akhirnya muncul ketergantungan pada *telehealth* (Flaudias *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Rodgers *et al.*, 2020).

2. Pandemi Covid-19 juga berhubungan dengan perilaku gangguan makan yang berkaitan dengan efek media melalui gambaran tubuh yang ideal dan kebiasaan diet serta iklan makanan yang ditayangkan. Pandemi ini juga meningkatkan penggunaan media sosial sebagai alat komunikasi, berbagai lelucon yang kadang dikirimkan melalui media sosial berkaitan dengan berat badan juga sangat berpengaruh. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa melihat atau mendengarkan berita yang menyedihkan misalnya berita orang yang terpapar Covid-19, jumlah orang yang meninggal juga menyebabkan peningkatan angka gangguan makan.

Hal lain yang juga berkaitan dengan media adalah penggunaan *teleconference* yang berkontribusi terhadap risiko timbulnya gangguan makan dengan cara membuat preokupasi terhadap penampilan, munculnya efek "*looking in the mirror*" di mana orang akan terus dapat memandangi wajahnya selama kegiatan juga berpengaruh terutama pada orang dengan gangguan *body image* (Flaudias *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Rodgers *et al.*, 2020).

3. Pandemi Covid-19 juga berkaitan dengan munculnya kecemasan spesifik terhadap makanan tertentu. Orang-orang akan semakin memperhatikan kualitas makanan dan adanya kemungkinan makanan tadi menjadi alat masuknya virus, hal ini juga diikuti dengan perilaku pembatasan pola makan baik melalui ketakutan untuk meninggalkan rumah untuk membeli makanan dan penghindaran terhadap makanan tertentu karena takut terkontaminasi. Kondisi ini juga memunculkan gangguan makan yang lain yaitu *orthorexia nervosa* yaitu suatu gangguan yang berpendapat bahwa kesehatan adalah lebih penting daripada berat dan bentuk badan. Gangguan ini ditandai dengan pembatasan pola makan secara berlebihan berkaitan dengan kualitas makanan

dan gunanya untuk kesehatan disertai kepercayaan bahwa memanipulasi diet akan dapat meningkatkan kesehatan dan diharapkan dapat meningkatkan imunitas (Flaudias *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Rodgers *et al.*, 2020).

TATA LAKSANA

Metode terapi perilaku makan berlebihan harus fokus dan terstruktur. Terapis harus berperan aktif. Banyak pendekatan dan strategi intervensi yang dipakai. Psikofarmakologi, kadang diperlukan, bila perubahan kadar serotonin maupun dopamin sudah dalam taraf mengganggu, berkaitan dengan makan berlebihan (Bailer *et al.*, 2004).

Psikoterapi

Psikoterapi yang diberikan dapat berupa pendekatan dinamik atau non-dinamik, seperti terapi kognitif-perilaku atau modifikasi perilaku. Pemilihan jenis psikoterapi disesuaikan dengan kondisi dan kepribadian pasien. Pada psikoterapi dinamik, tujuan utama adalah pencapaian tilikan (*insight*), yaitu mengajak pasien untuk lebih memahami diri dan kehidupannya (termasuk konflik dan berbagai problem yang pernah dihadapi dan cara mengatasinya), baik pasien maupun dokter berperan aktif dalam proses. Pada setiap pertemuan, topik yang dibahas disesuaikan dengan yang ingin dikemukakan oleh pasien; topik mengenai hal-hal yang berkaitan dengan depresi atau gangguan makan atau obesitas yang dialami dapat dibahas sesuai dengan kebutuhan. Biasanya dilakukan dalam jangka panjang, minimal 3–12 bulan (Elvira, 2007).

Pada terapi kognitif-perilaku, pasien diajak untuk menilai cara berpikirnya selama ini yang lebih cenderung ke arah irasional (sering berpikir negatif secara otomatis tentang diri dan kondisi yang dialaminya), pasien diajak mengubah cara berpikirnya ke arah yang lebih rasional; pasien juga diajak untuk dapat menggunakan cara lain dalam menghadapi stres dan perasaan-perasaan negatif lainnya yang mengarah pada perilaku 'bingeing' dan makan berlebihan (Elvira, 2007). Target terapi kognitif-perilaku pada *binge eating disorder* hampir sama dengan target terapi kognitif-perilaku pada ketergantungan zat (Gearhardt, 2012).

Pada terapi perilaku (*behavior modification*), tujuan terapi adalah membantu pasien memodifikasi kebiasaannya, meningkatkan aktivitas fisik, meningkatkan kesadaran akan kedua hal tersebut (pengubahan kebiasaan makan dan latihan fisik). Pasien diminta mengidentifikasi dan mencatat saat, suasana

dan tempat sewaktu keinginan makan timbul serta frekuensi makannya; pasien kemudian diarahkan untuk dapat mengontrol stimulus agar dapat memutuskan rantai antara peristiwa yang membangkitkan keinginan makan dengan perilaku makannya (contohnya, antara lain dengan membatasi tempat-tempat makannya, atau dengan mengambil segelas air putih di antara setiap gigitan makanan, dan mengunyah dengan frekuensi tertentu). Kemudian pasien diajak untuk memodifikasi konsekuensi dari perilaku makannya untuk *self-reward* (termasuk mengembangkan kemampuan *assertive*, belajar menyatakan 'tidak' serta mengembangkan *self-talk* yang positif) (Elvira, 2007).

Selama masa pandemi, berdasarkan penelitian kolaborasi yang dilakukan oleh Fernández-Aranda *et al.* pasien *anorexia nervosa* menunjukkan ketidakpuasan dan kesulitan dengan terapi jarak jauh bila dibandingkan dengan terapi tatap muka yang diberikan sebelumnya (Fernández-Aranda *et al.*, 2020).

Medikasi

Salah satu metafora yang berguna dalam bekerja dengan *anorexia nervosa* adalah bahwa makanan adalah obatnya. Ini berarti bahwa makanan harus diresepkan dan diminum pada waktu yang ditentukan dan dalam jumlah yang ditentukan (Hay & Morris, 2016).

Sedikit bukti yang mendukung persepan obat psikoaktif dalam pengobatan gangguan makan dan penting untuk menghindari obat-obatan yang dapat memperpanjang interval QTc dan yang dapat mengancam jantung yang lemah (misalnya, antipsikotik generasi pertama, antidepresan trisiklik, beberapa antihistamin dan antibiotik makrolida) (Hay & Morris, 2016).

Semakin banyak bukti yang mendukung persepan olanzapine atau antipsikotik lain dengan dosis yang relatif rendah (2,5–10mg) untuk mengurangi *ruminatio*n (mengunyah), meningkatkan toleransi penambahan berat badan pada orang dewasa dan remaja dengan anoreksia nervosa dan aman. Hal ini mungkin lebih disukai daripada benzodiazepin dalam meningkatkan kelegaan dari kecemasan (Hay & Morris, 2016).

Antidepresan, biasanya fluoxetine 60 mg setiap hari cukup bermanfaat untuk terapi *bulimia nervosa* pada orang muda seperti pada orang dewasa dan juga efektif dalam gangguan makan berlebihan. Namun, standar baku emas terapi gejala bulimia adalah terapi kognitif-perilaku (Hay & Morris, 2016).

RINGKASAN DAN REKOMENDASI

Pada pandemi Covid-19, tingginya isolasi sosial, kesepian, kebosanan, penurunan aktivitas fisik dan sosial, karena pembatasan meningkatkan stres dan pengaruh negatif, yang dicatat sebagai faktor pencetus gangguan makan. *Mood* negatif juga dikenal dapat meningkatkan asupan makanan dan memicu gejala gangguan makan seperti episode *binge eating* dan disusul perilaku pembersihan (*purging*) pada individu dengan dan tanpa gangguan makan. Peningkatan penggunaan internet dan media sosial memberi pengaruh toksik tentang kriteria kurus yang ideal. Liputan media yang membuat stres dan traumatis juga dikaitkan dengan peningkatan masalah perilaku makan (Flaudias *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Rodgers *et al.*, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2013. Body Dysmorphic Disorder. Dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. hlm. 242-7. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. 2013. Feeding and Eating Disorder. Dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. hlm. 338-353. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Bailer, U., Zwaan, M. D., Leisch, F. *et al.* 2004. Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 35(4): 522-37.
- Elvira, S.D. 2007. Penanganan psikologik pada obesitas. *Cermin Dunia Kedokteran*, 34(6): 296-98
- Fernández-Aranda, F., Munguía, L., Mestre-Bach, G., *et al.* 2020. COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity-A collaborative international study. *Eur Eat Disorders*, 28(6):871-883. DOI: 10.1002/erv.2784
- Flaudias, V., Iceta, S., Zerhouni, O., *et al.* 2020. COVID-19 pandemic lockdown and problematic eating behaviors in a student population. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(3):826-835. DOI: 10.1556/2006.2020.00053
- Gearhardt, A.N., White, M.A., Masheb, R.M. *et al.* 2012. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5):657-663.

- Hay, P. & Morris, J. 2016. Eating disorder. Dalam *LACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Disunting oleh Rey JM. Geneva: International Association for Child And Adolescent Psychiatry and Allied Profession.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J. *et al.* 2020. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6):2032
- Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., *et al.* 2020. Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7):1158-1165. DOI: 10.1002/eat.23317
- Rodgers, R.F., Lombardo, C. Cerolini, S. *et al.* 2020. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7):1166-1170. DOI: 10.1002/eat.23318
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. 2015. Feeding and Eating disorder. Dalam *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. hlm. 509-520 Disunting oleh Grebb, JA, Pataki, CS, Sussman, N. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. 2015. Body Dismorphic Disorder. Dalam *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. hlm. 427-8 Disunting oleh Grebb, JA, Pataki, CS, Sussman, N. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Touyz, S., Lacey, H. & Hay, P. 2020. Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders* 8(19):1-3, <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>

COVID-19 DAN PTSD (*POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER*)

10

Winarni Dian Dwiastuti Wisnu Putri

PENDAHULUAN

Pandemi *Coronavirus disease 19* (Covid-19) terus berkembang. Dampak Covid-19 pada global sudah sangat terasa, dan para ahli ilmu kesehatan masyarakat menyampaikan bahwa pandemi sekarang adalah yang paling serius sejak pandemi virus influenza H1N1 pada tahun 1918. Dampak dari penyakit ini yang menyebabkan mortalitas dan morbiditas yang besar dan mengakibatkan dampak psikologis yang berat di seluruh dunia, dibuktikan dengan laporan awal dari China yang mengatakan bahwa dari 1.210 responden, setengahnya memiliki dampak gangguan psikologis sedang hingga berat dan 1 dari 3 responden memiliki kecemasan sedang hingga berat (Wang *et al.*, 2020a).

Stigma dan ketakutan adalah hal lain dari pandemi, hal tersebut dapat memunculkan hambatan besar dalam mencari pelayanan kesehatan, marginalisasi sosial, tidak percaya akan otoritas kesehatan dan distorsi persepsi publik tentang risiko, dan menimbulkan kepanikan besar pada masyarakat dan tidak berimbang-nya alokasi pelayanan kesehatan dari pihak berwenang (Barrett & Brown, 2008). Ketakutan akan penyakit, kematian, dan ketidakpastian masa depan merupakan penyebab stres psikologis yang signifikan bagi masyarakat, dan isolasi sosial yang diakibatkan oleh hilangnya kegiatan pendidikan dan pekerjaan yang terstruktur akan mengancam dan memperburuk kesehatan mental masyarakat (de Carvalho *et al.*, 2020). Untuk petugas kesehatan garis terdepan, paparan virus secara terus menerus, kekurangan alat pelindung diri (APD), adaptasi terhadap lingkungan

kerja yang makin berkembang, dan stres tinggi adalah sumber *distress* (Joob & Wiwanitkit, 2020; Kang *et al.*, 2020a).

Meskipun ketakutan, kecemasan, dan stres adalah hal yang umum dan reaksi wajar terhadap krisis kesehatan global yang memengaruhi setiap domain kehidupan dan dihadapi individu dengan faktor risikonya, terdapat penelitian sebelumnya (Hong *et al.*, 2009; Lau *et al.*, 2004; Mak *et al.*, 2010) dan penemuan terbaru (Liu *et al.*, 2020b; Sun *et al.*, 2020) menunjukkan bahwa epidemi dan pandemi penyakit menular dapat menjadi pengalaman traumatis bagi sebagian orang, dan menyebabkan *post traumatic stress disorder* (PTSD) gangguan stres pasca trauma dan gejala psikologis kronis lainnya.

Pandemi ini berpotensi menjadi sumber trauma bagi semua orang (Liet *et al.*, 2020b), karena semakin meningkatnya laporan kasus kematian karena bunuh diri terkait ketakutan tertular atau penyebaran Covid-19 (Goyal *et al.*, 2020; Montemurro, 2020). Kematian akibat Covid-19 ini dapat menyebabkan gangguan kesedihan berkepanjangan, stres pasca trauma, dan perasaan berkabung maupun duka cita pada keluarga di mana hal ini berkaitan dengan beberapa faktor risiko seperti stigma yang dirasakan para garda terdepan. Demikian pula, pasien dengan riwayat kondisi kejiwaan berisiko tinggi mengembangkan PTSD dibandingkan individu yang sehat (Danielson *et al.*, 2010; Naeem *et al.*, 2011; Oh *et al.*, 2016).

EPIDEMIOLOGI PTSD DI MASA PANDEMI COVID-19

Pada penelitian epidemi sebelumnya yang meneliti dampak psikologis dari wabah *severe acute respiratory syndrome* (SARS) atau sindrom pernapasan akut yang parah, di mana di seluruh dunia ditemukan risiko PTSD yang lebih besar dan peningkatan gangguan kesehatan mental selama dan setelah epidemi di kalangan masyarakat serta di antara praktisi kesehatan (Reynolds *et al.*, 2015; Styra *et al.*, 2008). Pasien yang sembuh dari SARS-CoV-1 secara klinis didiagnosis dengan PTSD (54,5%), depresi (39%), gangguan nyeri (36,4%), gangguan panik (32,5%), dan gangguan obsesif kompulsif (15,6%) pada 31 sampai 50 bulan pasca infeksi (Lam, 2009), sedangkan data yang ada untuk prevalensi gejala kejiwaan terkait pandemi Covid-19 saat ini sangat terbatas.

Beberapa penelitian terakhir dilakukan untuk mengetahui insiden PTSD selama pandemi Covid-19. Pada bulan April 2020, sebuah penelitian di Tunisia meneliti prevalensi PTSD pada 603 orang Tunisia, dan melaporkan bahwa 33% peserta mengalami PTSD (Romdhane *et al.*, 2020). Penelitian oleh Liu

et al. (2020) menemukan hasil yang sama (31,8%) saat mengevaluasi kejadian PTSD pada 898 dewasa muda Amerika. Sedang Forte *et al.* (2020) menyelidiki keberadaan PTSD di 2.286 orang Italia selama pandemi Covid-19 yang meluas di Italia dan menemukan bahwa PTSD terjadi pada 29,5% peserta. Terakhir, Wang *et al.* (2020) mengevaluasi 202 perawat yang terpapar Covid-19 di Hubei, Cina, dan melaporkan bahwa 16,8% dari mereka mengalami PTSD. Namun, penelitian ini melibatkan kedua kelompok individu yang tidak didiagnosis dengan Covid-19 dan mereka yang didiagnosis dengan Covid-19.

KRITERIA DIAGNOSIS PTSD

Diagnosis *post-traumatic stress disorder* (PTSD) dapat ditegakkan berdasarkan PPDGJ-III dan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th (DSM – 5) Edition*. Pada PPDGJ-III gangguan ini dimasukkan ke dalam golongan gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan terkait stres pada kategori reaksi terhadap stres berat dan gangguan penyesuaian (F.43). Penegakan diagnosis untuk PTSD dapat melalui kriteria diagnosis menurut PPDGJ-III sebagai berikut.

1. Paparan (secara langsung) berupa kejadian traumatis berat atau situasi (baik singkat maupun berjalan lama) yang bersifat mengancam/sebuah bencana.
2. Mengingat/menghidupi kembali stresor yang dialami secara persisten, dengan cara *flash back*, memori yang jelas terbayangkan, mimpi berulang, atau mengalami *distress* ketika terpapar situasi yang menyerupai atau terkait stresor.
3. Secara sadar atau lebih cenderung menghindari (*avoidance*) situasi yang mirip/berhubungan dengan stresor (tidak ada sebelum paparan terhadap stresor).
4. Salah satu dari keadaan berikut.
 - a. Ketidakmampuan untuk mengingat kembali (*recall*) secara parsial maupun utuh aspek penting mengenai hal yang terjadi ketika paparan terhadap stresor.
 - b. Gejala peningkatan sensitivitas dan rangsangan psikologis yang bersifat persisten (tidak ada sebelum paparan terhadap stresor) yang ditunjukkan oleh dua dari kondisi berikut.
 - 1) Kesulitan untuk tidur atau mempertahankan tidur.
 - 2) Iritabilitas atau ledakan amarah.
 - 3) Kesulitan dalam berkonsentrasi.

- 4) Kewaspadaan yang berlebih.
 - 5) Respons terkejut berlebihan.
5. Onset dari gejala ada dalam kurun waktu 6 bulan setelah stresor.

Kriteria 2, 3, 4 harus dipenuhi semuanya dalam 6 bulan dari kejadian traumatis atau diakhir periode stres (Kriteria 2,3 dalam beberapa kasus onsetsnya dapat tertunda > 6 bulan namun harus ditulis secara spesifik) (Maslim, 2013).

Menurut DSM-5 *post traumatic stress disorder* digolongkan ke dalam *trauma and stressor related disorders*. Kriteria diagnosis PTSD dari DSM-5 adalah sebagai berikut.

1. Paparan atau ancaman terkait kematian, cedera serius, atau kekerasan seksual melalui satu atau lebih cara-cara berikut.
 - a. Terpapar secara langsung ke trauma.
 - b. Melihat secara langsung orang lain terpapar trauma.
 - c. Mengetahui bahwa keluarga/teman terdekat terpapar trauma secara langsung.
 - d. Paparan berulang terkait detail dari kejadian traumatis (misalnya terpapar berkali-kali mengenai kekerasan anak) secara langsung atau melalui media terkait kerja.
2. *Intrusion*: ≥ 1 gejala gangguan intrusi timbul.
 - a. Memori trauma yang bersifat involunter, rekuren, dan menimbulkan *distress*.
 - b. Mimpi terkait trauma yang menimbulkan *distress*, bersifat rekuren.
 - c. Reaksi disosiatif/*flashbacks* terkait dengan trauma.
 - d. *Distress* psikologis berkepanjangan terhadap hal-hal yang mengingatkan pada trauma.
 - e. Reaksi psikologis yang meningkat terhadap hal yang mengingatkan pada trauma
3. *Avoidance*: ≥ 1 gejala menghindar
 - a. Menghindar/berusaha menghindari hal internal yang mengingatkan pada trauma yang menimbulkan *distress* (memori, perasaan, pemikiran).
 - b. Menghindar/berusaha menghindari hal eksternal yang mengingatkan pada trauma yang menimbulkan *distress* (orang, tempat, aktivitas).
4. *Mood* dan kognisi negatif: ≥ 2 gejala berikut.
 - a. Amnesia tentang hal penting dari paparan trauma.

- b. Kepercayaan negatif yang berlebihan dan persisten mengenai diri sendiri, orang lain, atau dunia.
 - c. Pengetahuan negatif terkait trauma yang terdistorsi dan persisten yang mengakibatkan menyalahkan diri sendiri atau orang lain secara tidak tepat.
 - d. Kondisi emosional negatif yang persisten (ketakutan, marah, rasa bersalah, rasa malu).
 - e. Hilangnya ketertarikan/partisipasi dalam aktivitas yang penting.
 - f. Perasaan terasing dari orang lain.
 - g. Hilangnya emosi positif (rasa senang, puas, cinta) secara persisten.
5. Rangsangan berlebihan: ≥ 2 perubahan yang signifikan dalam rangsangan dan reaktivitas terkait trauma.
- a. Iritabilitas dan ledakan amarah dengan sedikit/tanpa provokasi.
 - b. Perilaku ceroboh/membahayakan diri.
 - c. Kewaspadaan yang berlebih.
 - d. Kaget berlebihan.
 - e. Masalah dalam berkonsentrasi.
 - f. Gangguan tidur (sulit untuk tidur/mempertahankan tidur/tidak tenang).

Kriteria tambahan diuraikan sebagai berikut.

1. Durasi: > 1 bulan;
2. terjadi *distress* yang signifikan secara klinis yang memengaruhi fungsi sosial, pekerjaan, atau aspek lainnya;
3. tidak merupakan bagian dari gangguan lainnya. Bebas dari efek psikologis zat atau kondisi medis lainnya (APA, 2013).

Post-traumatic stress disorder dapat berkembang setelah trauma, yang menghalangi kemampuan seseorang untuk menghadapi pengalaman tersebut. Ada empat kategori gejala PTSD yaitu adanya bentuk pikiran yang mengganggu, menghindari ingatan (yaitu menghindari tempat atau aktivitas yang dapat mengembalikan ingatan yang mengganggu), perasaan dan pikiran negatif (yaitu ketakutan, kemarahan, rasa bersalah yang berkelanjutan), serta gejala gairah dan reaktivitas (masalah dengan konsentrasi, tidur, atau ledakan amarah). Gejala-gejala ini menyebabkan gangguan yang signifikan dan masalah fungsi dan berlangsung lebih dari sebulan hingga bertahun-tahun. Sering kali, hal ini komorbid dengan kecemasan, depresi, atau gangguan penggunaan zat. Gejala *acute stress*

disorder (ASD) sangat mirip dengan gejala PTSD, meskipun onsetnya terjadi 3 hari sejak mengalami trauma dan berlangsung hingga satu bulan. Kira-kira, setengah dari mereka yang mengalami ASD akan berkembang menjadi PTSD. Untuk menentukan diagnosis, trauma ditentukan oleh keberadaan tiga factor, yaitu peristiwa, pengalaman, dan dampak. Peristiwa hidup adalah dampak dari keadaan yang objektif yang menghasilkan stres yang merugikan (Anda, Porter & Brown, 2020).

Covid-19 memiliki sifat unik yang terjadi di seluruh dunia dan sebagian besar populasi memenuhi kriteria peristiwa hidup. Pengalaman menggambarkan tanggapan subjektif seseorang terhadap kejadian buruk, di mana ini berbeda pada masing-masing orang tergantung pada faktor genetika, *neurodevelopment*, kesehatan secara keseluruhan, resiliensi dan adanya faktor protektif lainnya (Ota *et al.*, 2019). Jadi, pengalaman individu yang sama saat pandemi Covid-19 menghasilkan dampak yang berbeda. Jadi orang-orang ini yang menderita trauma memerlukan identifikasi dampak yang relevan. Bagi banyak orang, penderitaan jangka pendek akan berlalu dan tidak akan berkembang ke tingkat “trauma”. Untuk orang lain, dampak akan tetap ada. Mengidentifikasi dampak mana yang akan dianggap sebagai trauma menjadi sangat penting.

FAKTOR RISIKO PTSD DI MASA PANDEMI COVID-19

Dampak trauma psikologis pada pandemi lebih buruk pada beberapa individu karena faktor risiko tertentu antara lain paparan penyakit yang lebih besar (misalnya, menjadi terinfeksi, hidup di daerah yang sangat berdampak, kontak dengan seseorang yang telah terinfeksi (Jiang *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2006; Sun *et al.*, 2020). Selain itu, beberapa populasi mungkin terpengaruh oleh Covid-19 secara tidak proporsional baik dalam hal level paparan, jumlah dan jenis stresor yang mereka alami. Akibatnya, mereka berisiko lebih besar mengalami PTSD dan masalah kesehatan mental lainnya.

Level Exposure/Paparan

Literatur yang muncul tentang Covid-19 menunjukkan bahwa prevalensi PTSD lebih tinggi pada individu yang memiliki paparan lebih besar terhadap Covid-19. Sun *et al.* (2020) mengumpulkan data survei dari sampel umum orang dewasa di daratan Cina dan menemukan bahwa 4,6% dari gejala peserta menunjukkan kemungkinan diagnosis PTSD. Namun, prevalensi kemungkinan PTSD lebih

tinggi secara signifikan (18,4%) dalam sebuah subsampel peserta dengan paparan Covid-19 yang lebih besar (yaitu, peserta dengan diagnosis Covid-19 yang dicurigai atau dikonfirmasi dan mereka yang pernah melakukan kontak dekat dengan orang yang terjangkit Covid-19). Penulis melaporkan bahwa kualitas tidur yang buruk, seorang wanita, dan paparan terakhir ini ke Kota Wuhan (misalnya, tinggal di atau bepergian ke Wuhan) dikaitkan dengan peningkatan gejala PTSD. Demikian pula, penelitian terbaru lainnya menunjukkan paparan Covid-19 yang lebih besar (misalnya, pada teman atau anggota keluarga dari petugas kesehatan atau orang yang terinfeksi Covid-19; memiliki teman atau anggota keluarga dengan riwayat mengunjungi Wuhan) terkait dengan gejala PTSD sedang atau berat (Jiang *et al.*, 2020).

Kehilangan Orang yang Dicintai

Penelitian lebih lanjut tentang prevalensi PTSD pada individu yang kehilangan orang yang mereka cintai karena Covid-19 belum dilakukan. Namun, literatur sebelumnya menunjukkan bahwa kematian mendadak dan tak terduga dari orang yang dicintai merupakan faktor risiko untuk terjadinya beberapa gangguan mental, termasuk PTSD, gangguan depresi mayor, gangguan panik, dan gangguan penggunaan alkohol (Keyes *et al.*, 2014). Karena Covid-19 sangat menular, beberapa orang mungkin mengalami kerugian berulang pada keluarga atau komunitas mereka. Berbagai bentuk kerugian atau kehilangan yang dialami banyak orang antara lain kehilangan dari orang yang dicintai, kehilangan kesehatan, kehilangan finansial, kehilangan pekerjaan, kehilangan koneksi sosial, kehilangan keamanan), dan hal ini tentunya dapat mempersulit proses berduka dan meningkatkan kemungkinan berkembangnya PTSD dan tekanan psikologis kronis. Pada anggota keluarga yang kehilangan orang yang mereka cintai saat pandemi ini, bisa mengalami kemarahan dan kebencian (Goyal *et al.*, 2020).

Umumnya, kematian keluarga atau kehilangan orang yang dicintai dapat menyebabkan depresi pada anggota keluarga dekat dengan almarhum (Pochard *et al.*, 2005). Proses pemakaman dan menerima dukungan duka terbukti membantu anggota keluarga dalam proses pemulihan dan penyembuhan mereka (Gamino *et al.*, 2000). Semakin banyaknya orang-orang yang terkena Covid-19 terutama pada anggota keluarga mereka, membuat orang terdekat (kontak erat) mengalami masalah psikologis seperti kecemasan dan perasaan bersalah karena adanya stigma, risiko penularan dan karantina (Wang *et al.*, 2020a). Selain merasa malu, merasa bersalah atau adanya stigma bagi anggota keluarga yang sakit dan/atau dikarantina,

beberapa penelitian melaporkan adanya PTSD dan depresi pada anggota keluarga dan kontak terdekat mereka (Goyal *et al.*, 2020).

Rawat Inap untuk Covid-19

Terbatasnya pengetahuan kita tentang dampak psikologis Covid-19 terhadap kondisi rawat inap pasien dan penyintas Covid-19, sebuah penelitian baru-baru ini dilakukan di Cina (Bo *et al.*, 2020) menunjukkan adanya prevalensi PTSD dapat menjadi sangat tinggi di antara pasien Covid-19 yang dirawat di rumah sakit. Dampak psikologis jangka panjang Covid-19 pada rawat inap pasien sampai saat ini belum diketahui. Namun, berdasarkan penelitian sebelumnya pada penderita SARS yang dirawat di rumah sakit (Bonanno *et al.*, 2008; Hong *et al.*, 2009; Lee *et al.*, 2007; Mak *et al.*, 2010) rawat inap untuk Covid-19 dapat diperkirakan sebagai faktor risiko untuk PTSD dan *distress* psikologis kronis.

Beberapa pasien kritis Covid-19 dirawat di unit perawatan intensif (ICU) dan mungkin juga meninggal di ICU. Sementara untuk beberapa pasien pada kondisi ini mungkin mereka dapat menyesuaikan diri, sedangkan di antara keluarga pasien yang masih bertahan di ICU dikaitkan dengan *outcome* kesehatan mental yang buruk seperti *prolonged grief disorder* (PGD) sebanyak 5–52%, gangguan stres pascatrauma (*post-traumatic stress disorder* (PTSD)) sebesar 14–50%, dan depresi 18–27% (Kentish-Barnes *et al.*, 2015; Kross *et al.*, 2011; Probst *et al.*, 2016).

Penelitian mengenai dampak psikologis jangka panjang, di antara *survivor* SARS mengalami tantangan yang berbeda pada berbagai tahap pemulihan mereka (misalnya, gejala psikotik dan ketakutan akan hidup mereka dan menulari orang lain selama tahap awal pemulihan; stigmatisasi yang dirasakan, *distress*, dan penurunan kualitas hidup di kemudian hari tahap) dan banyak dari mereka mengalami tekanan yang signifikan selama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun setelah perawatan di rumah sakit (Gardner & Moallem, 2015). Secara keseluruhan, dirawat di rumah sakit karena Covid-19 mungkin sebagai faktor risiko yang penting untuk PTSD dan disfungsi psikologis kronis. Risiko ini mungkin lebih besar untuk individu yang mengembangkan gangguan yang lebih parah dan/atau bagi mereka yang memiliki faktor risiko tambahan. Misalnya, kondisi pengobatan kronis yang sudah ada sebelumnya, komplikasi terkait pengobatan (Mak *et al.*, 2010), rendahnya dukungan sosial, besarnya kekhawatiran terkait epidemi (misalnya, takut menulari orang lain, perasaan tidak aman, khawatir kesehatan anggota keluarga, meningkatnya pikiran tentang kematian), dan fungsi fisik yang buruk (Bonanno *et al.*, 2008), di mana hal ini berhubungan dengan peningkatan gejala PTSD atau disfungsi psikologis kronik di antara penderita SARS.

Isolasi dan Karantina

Langkah penanggulangan pandemi, seperti pembatasan perjalanan, penutupan bisnis, *social distancing*, dan karantina memainkan peran penting dalam memperlambat penyebaran Covid-19, namun beberapa tindakan perlindungan ini dilakukan terkait dengan PTSD dan masalah kesehatan mental lainnya (Brooks *et al.*, 2020; Hawryluck *et al.*, 2004; Sprang & Silman, 2013). Selain itu, rendahnya pendapatan rumah tangga dan lamanya waktu karantina yang lebih panjang dikaitkan dengan gejala PTSD yang lebih tinggi (Hawryluck *et al.*, 2004). Dalam penelitian lain, prevalensi risiko PTSD jauh lebih tinggi di antara orang tua dan anak-anak yang dikarantina atau diisolasi selama wabah penyakit menular (yaitu, H1N1, SARS, atau wabah flu burung) dibandingkan antara orang tua dan anak-anak yang tidak mengalami karantina atau isolasi (Sprang & Silman, 2013). Juga terbatasnya akses ke pasien sehingga tidak bisa mengatakan “selamat tinggal” kepada pasien sangat menyusahakan keluarga dan kerabat, hal itu terkait dengan Gangguan Berkabung memanjang (*prolonged grief disorder/PGD*) dan PTSD dalam keadaan berkabung (Kentish-Barnes *et al.*, 2015).

Kesenjangan Sosial dan Faktor Risiko Terkait

Kesenjangan sosial seperti kemiskinan berkontribusi pada kondisi yang meningkatkan risiko penyakit infeksi saluran pernapasan dan lainnya (Quinn & Kumar, 2014). Misalnya, kemiskinan di daerah perkotaan dikaitkan dengan buruknya kondisi perumahan (misalnya, kepadatan perumahan, jamur, kualitas udara dalam ruangan yang buruk (Blumenshine *et al.*, 2008; Rauh *et al.*, 2008), yang meningkatkan risiko berbagai masalah kesehatan dan penularan infeksi saluran pernapasan (Krieger & Higgins, 2002; Rauh *et al.*, 2008).

Selain itu, faktor sosio-demografis seperti pekerjaan, tingkat kekayaan, status sosial, dan kepadatan penduduk dapat memengaruhi kemampuan individu untuk mempraktikkan *social distancing*. Berdasarkan analisa data lokasi ponsel, koran *The New York Times* melaporkan bahwa orang-orang kaya di Amerika Serikat lebih mungkin tinggal di rumah selama berminggu-minggu daripada orang miskin dan dapat menerapkan praktik *social distancing* lebih awal daripada orang miskin (Valentino-DeVries *et al.*, 2020). Selain itu, penelitian-penelitian tentang dampak psikologis akibat bencana alam melaporkan bahwa rendahnya dukungan sosial, kerugian finansial, dan paparan yang lebih besar terhadap penyebab stres terkait bencana (termasuk masalah perumahan) dikaitkan dengan meningkatnya risiko terjadinya PTSD dan gejala PTSD lainnya yang persisten (Galea *et al.*, 2008; Lowe *et al.*, 2015).

Kelompok Petugas Kesehatan

Pandemi adalah darurat kesehatan mental publik secara global sehingga mengakibatkan permintaan layanan kesehatan meningkat tajam. Banyak negara yang tidak memiliki tenaga kerja serta sumber daya yang memadai untuk mengatasi Covid-19. Rumah sakit harus mempersiapkan diri dalam menghadapi kematian pasien yang lebih banyak dari biasanya sehingga tentunya sangat mengancam psikologis tenaga medis dan keluarganya (Wilson *et al.*, 2020; Chalmers, 2020). Hal tersebut meningkatkan risiko kejadian stres pascatrauma (PTSD). Penelitian terbaru menunjukkan bahwa angka kejadian PTSD yang terjadi pada staf penyedia resusitasi adalah 9,6%. Sedangkan, risiko PTSD untuk staf garis depan dalam pandemi ini mungkin lebih besar dari 10% (Spencer *et al.*, 2019). Para profesional di garis depan juga terbukti berisiko lebih tinggi mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD), yang bertahan bahkan setelah masa istirahat dari bekerja (Lee *et al.*, 2015).

Baru-baru ini, sebuah penelitian dengan perawat dan dokter yang terlibat dalam pengobatan Covid-19 juga menemukan tingginya insiden stres, kecemasan, dan PTSD dengan tingkat kecemasan yang lebih tinggi pada wanita dan perawat dibandingkan pria dan dokter (Xiao *et al.*, 2020). Peningkatan beban kerja, isolasi dan diskriminasi adalah hal yang dapat menyebabkan kelelahan fisik, ketakutan, gangguan emosional dan gangguan tidur (Ho *et al.*, 2020). Selain itu, tidak adanya layanan yang memadai untuk menyediakan layanan konseling dan skrining psikiatri untuk kegelisahan, depresi, dan bunuh diri bagi dokter yang telah menangani pasien yang terinfeksi (WHO, 2020). Bersama dengan dokter, tenaga kesehatan lini depan lainnya juga dapat mengalami gangguan mental seperti depresi, kecemasan, dan PTSD (Li *et al.*, 2020).

Trauma perwakilan/VT (*Vicarious Trauma*) atau stres traumatik sekunder/*secondary traumatic stress* (STS), adalah sebuah fenomena di mana para profesional kesehatan mengalami gejala yang mirip dengan pasien karena paparan terus menerus, di mana hal ini sering terjadi selama bencana. Gejala utama trauma secara tidak langsung adalah kehilangan nafsu makan, kelelahan, penurunan fisik, gangguan tidur dan gangguan perhatian, lekas marah, mati rasa, takut, serta putus asa (Li *et al.*, 2020). Lebih jauh, konflik profesionalisme dan kekhawatiran terhadap diri sendiri menyebabkan kelelahan dan gejala fisik dan mental (Goyal *et al.*, 2020).

Jenis Kelamin

Kedua penelitian sebelumnya (Hong *et al.*, 2009; Mak *et al.*, 2010) dan yang terbaru (Lai *et al.*, 2020; Liu *et al.*, 2020a; Sun *et al.*, 2020) menunjukkan bahwa wanita mungkin berisiko lebih tinggi mengembangkan PTSD setelah infeksi wabah penyakit dibandingkan pria. Literatur Covid-19 baru-baru ini telah menyorot perbedaan gender dalam PTSD ini di antara petugas kesehatan (Lai *et al.*, 2020) dan populasi orang dewasa secara umum (Liu *et al.*, 2020; Sun *et al.*, 2020). Selain itu, penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa perempuan yang sembuh dari SARS lebih mungkin mengembangkan PTSD dan/atau disfungsi psikologis kronis dibandingkan laki-laki yang sembuh (Bonanno *et al.*, 2008; Hong *et al.*, 2009; Mak *et al.*, 2010). Misalnya, Hong *et al.* (2009) melaporkan bahwa 26,1% laki-laki dan 53,3% wanita mengembangkan PTSD di beberapa titik setelah dirawat di rumah sakit karena SARS. Temuan ini konsisten dengan literatur trauma yang lebih luas yang menunjukkan bahwa risiko PTSD dua kali lebih tinggi di antara wanita di antara pria (Tolin & Foa, 2006).

Usia

Pada anak-anak yang menjalani isolasi atau karantina selama pandemi memiliki peluang lebih tinggi untuk mengalami gangguan stres akut, gangguan penyesuaian dan kesedihan (Shah *et al.*, 2020). PTSD dilaporkan pada 30% anak-anak dan riwayat kehilangan atau perpisahan dari orang tua selama masa kanak-kanak juga memiliki dampak jangka panjang pada kesehatan mental, termasuk berisiko lebih tinggi untuk terjadinya gangguan *mood*, psikosis, dan bunuh diri (Shah *et al.*, 2020).

Orang dewasa yang lebih tua lebih mungkin untuk melaporkan gejala PTSD yang meningkat dibandingkan orang dewasa paruh baya setelah wabah SARS (Lee *et al.*, 2006). Pengetahuan tentang dampak psikologis Covid-19 pada orang dewasa yang lebih tua terbatas; namun, data awal dari Amerika Serikat menunjukkan tingkat rawat inap dari Covid-19 tertinggi pada orang tua adalah umur 65 tahun ke atas (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Tindakan rawat inap untuk Covid-19 mungkin menjadi faktor risiko untuk PTSD dan tekanan psikologis kronis, sehingga pemberian dukungan psikologis profesional membantu orang dewasa yang lebih tua yang telah dikarantina dan/atau dirawat di rumah sakit untuk Covid-19 mungkin sangat penting.

RESILIENSI DAN MEKANISME KOPING

Peristiwa traumatis tidak bisa dihindari bagi banyak orang. Peristiwa ini juga memungkinkan orang untuk belajar bagaimana mengatasi peristiwa kehidupan yang penuh tekanan di masa depan. Individu bisa menghadapi emosi negatif dan tantangan hidup lebih aktif dan, dan nantinya dapat membangun ide-ide kehidupan yang baru (Zoellner & Maercker, 2006). Resiliensi dikenal sebagai kemampuan untuk beradaptasi dengan trauma, tragedi, atau ancaman ekstrim (Charney, 2004). Faktanya, resiliensi adalah bagian penting dari pengalaman koping dan penyesuaian dalam proses pemulihan trauma (Anderson & Danis, 2006). Di lain definisi, resiliensi adalah kemampuan untuk mengatasi efek negatif selama periode bencana dan pascabencana (Goldmann & Galea, 2014; Thompson *et al.*, 2018). Resiliensi memungkinkan pencegahan efek stimuli negatif yang berbahaya, dan dapat mengembalikan fungsi perlindungannya saat bencana dan tumbuh sebagai hasil dari pengalaman negatif. Namun, resiliensi sebagai fungsi adaptif itu memiliki batas. Resiliensi individu tidak bisa menahan rangsangan negatif intensitas tinggi dan terus menerus (Arnason, 2009; Masten & Reed, 2002). Berpikir positif dan pelatihan resiliensi telah digunakan untuk meningkatkan kesehatan mental dan mencegah berkembangnya PTSD saat bencana dan setelah bencana (Jakovljevic, 2018; Siringardhana *et al.*, 2014; Vernberg *et al.*, 2008).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa individu dengan resiliensi yang lebih tinggi, cenderung kurang rentan terhadap gejala PTSD (Bensimon, 2012; Lepore & Revenson, 2006; Levine *et al.*, 2009). Beberapa peneliti sebelumnya mengidentifikasi resiliensi sebagai faktor pelindung untuk mengatasi trauma psikologis (Goldmann & Galea, 2014), yang juga dapat melindungi dari berkembangnya PTSD setelah bencana (Thompson, Fiorillo, Rothbaum, Ressler & Michopoulos, 2018). Karena itu, kemampuan beradaptasi terhadap trauma dan stresor ekstrem semacam itu akibat pandemi Covid-19 merupakan faktor penting yang perlu diperhatikan dan diteliti.

TALA LAKSANA PTSD DI MASA PANDEMI COVID-19

Selama pandemi Covid-19, kebutuhan akan bukti pengobatan berbasis *online* PTSD sangat dibutuhkan. Perilaku *social distancing* yang telah dilakukan diterapkan di banyak negara untuk mengurangi penyebaran Covid-19, memaksa dokter untuk memberikan pengobatan melalui telepon/*video call*, email, atau

internet. Melanjutkan pengobatan jarak jauh selama pandemi sangat penting karena pasien psikiatri tampaknya lebih rentan untuk mengalami gejala yang lebih parah setelah pandemi Covid-19 dibandingkan orang-orang tanpa keluhan psikiatri (Hao *et al.*, 2020). Oleh karena itu direkomendasikan bahwa tim klinis membantu jalannya komunikasi pasien-keluarga melalui sarana virtual, dengan mengikuti pedoman pengendalian infeksi melalui perangkat, khususnya jika kunjungan langsung tidak memungkinkan. Namun, panduan di Swiss tidak merekomendasikan kontak virtual pasien dengan Covid-19 dan keluarganya ketika seorang pasien berada dalam masa kritis (Tanja F-S *et al.*, 2020) karena penelitian sebelumnya menemukan hubungan antara kerabat yang menyaksikan masa kritis pasien di ICU dan tingkat PGD (*prolonged grief disorder*) maupun PTSD yang menjadi lebih tinggi (Kentish *et al.*, 2015; Kross *et al.*, 2011).

Panduan PTSD pada orang dewasa merekomendasikan penggunaan intervensi psikoterapi seperti CBT (*cognitive behavioral therapy*), CPT (*cognitive processing therapy*), dan PET (*prolonged exposure therapy*). Panduan PTSD juga menyarankan penggunaan BEP (*brief eclectic psychotherapy*), EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*), dan NET (*narrative exposure therapy*). Sedangkan untuk farmakoterapi disarankan penggunaan *fluoxetine*, *paroxetine*, *sertraline* dan *venlafaxine* (Courtois *et al.*, 2017). EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) merupakan pengobatan yang bersifat psikologis yang dikembangkan oleh Shapiro (1989) untuk mengurangi gangguan memori traumatis, yang merupakan gejala khas PTSD (APA, 2013). Tinjauan sistematis dan metaanalisis menunjukkan bahwa EMDR secara efektif dapat mengurangi gejala PTSD (Cuijpers *et al.*, 2020). EMDR bersama dengan CBT (*cognitive behavioural therapy*) yang berfokus trauma merupakan pilihan terapi dalam panduan pengobatan PTSD (NICE, 2018). Pertimbangan EMDR adalah dapat memusatkan perhatian pada memori traumatis secara simultan ketika membuat gerakan mata (misalnya, dengan mengikuti gerakan jari terapis) sehingga ingatan traumatis berkurang secara intensif dan emosional. Bagaimana EMDR bekerja, masih diperdebatkan (McNally, 2013).

Sebuah metaanalisis yang meneliti efek pengobatan PTSD jarak jauh menyimpulkan bahwa CBT jarak jauh secara signifikan lebih efektif dalam mengurangi PTSD dibanding dengan kontrol daftar tunggu, menghasilkan perbedaan ukuran efek yang sedang pada pra-hingga pasca perawatan (Olthuis *et al.*, 2016). Dua metaanalisis lain yang mengevaluasi CBT melalui internet dengan panduan terapis untuk PTSD menemukan hasil yang serupa (Lewis *et al.*,

2019; Sijbrandij *et al.*, 2016), di mana jika berlangsung lebih dari delapan sesi menghasilkan efek terkuat (Sijbrandij *et al.*, 2016). Namun, Lewis *et al.* (2019) mencatat bahwa efek CBT melalui internet untuk PTSD harus dipertimbangkan dengan hati-hati karena kualitas bukti yang sangat rendah. Penggunaan EMDR melalui internet untuk PTSD masih prematur, tetapi di masa pandemi sekarang terjadi peningkatan kebutuhan pengobatan melalui internet di mana hal ini masih memerlukan bukti lebih lanjut untuk efektivitas dan manfaatnya.

Penelitian pada CPT (*cognitive processing therapy*) dan CPT *telehealth* (Resick, Monson & Chard, 2017) merupakan bukti yang berfokus pada trauma di mana terapi perilaku kognitif (CBT) pada PTSD telah menjadi bukti efektif pada berbagai populasi dan kondisi (Chard, 2005; Galovski *et al.*, 2012; Monson *et al.*, 2006; Resick-Wachen *et al.*, 2017; Rosner *et al.*, 2019). Pada masa pandemi Covid-19 ini, tentunya CPT secara *telehealth* bisa dilakukan, walaupun belum ada penelitian lebih lanjut. Pada CPT dimulai dengan psikoedukasi tentang paparan trauma dan PTSD kemudian dilakukan identifikasi keyakinan yang salah atau “*stuck points*” (inti masalah) terkait dengan pengalaman traumatis dan bagaimana pengalaman itu memengaruhi cara berpikir pasien itu sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar (misalnya adanya pernyataan tentang dampak trauma). Melalui dialog Socrates dan serangkaian proses kerja, inti masalah yang terkait dengan pengalaman traumatis ditantang, contohnya menyalahkan kesalahan tentang penyebab peristiwa traumatis. Selanjutnya, strategi kognitif digunakan untuk memproses tema terkait trauma yang lebih besar yang berfokus pada keamanan, kepercayaan, kekuatan dan kontrol, harga diri, serta keintiman. Sesi terakhir terdiri dari ringkasan kemajuan yang telah dicapai pasien selama terapi, pernyataan dampak akhir bertujuan untuk membandingkan pikiran pra dan pasca pengobatan, diskusi tentang tujuan masa depan, serta kesimpulan terapi.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing,
- Anda, R. F., Porter, L. E. & Brown, D. W. 2020. Inside the Adverse Childhood Experience score: Strengths, limitations, and misapplications. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(2):293-295. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2020.01.009>

- Anderson, K.M. & Danis, F.S. 2006. Adult Daughters of Battered Women: Resistance and Resilience in the Face of Danger. *Affilia*, 21(4):419–432. <https://doi.org/10.1177/0886109906292130>.
- Arnason, G. 2009. The concept of resilience: A functional account. *The University of the Philippines Manila Journal, (Special Issue 2009)*: 103–116.
- Barrett, R. & Brown, P.J. 2008. Stigma in the time of influenza: social and institutional responses to pandemic emergencies. *J Infect Dis*, 197(Suppl 1):S34–S37.
- Bensimon, M. 2012. Elaboration on the association between trauma, PTSD and post-traumatic growth: The role of trait resilience. *Personality Individ. Differ*, 52(7):782–787. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>
- Bo, H.-X., Li, W., Yang, Y. *et al.* 2020. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*. 1-2. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
- Blumenshine, P., Reingold, A., Egerter, S. *et al.* 2008. Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective. *Emerging Infectious Diseases*, 14(5):709715. <https://doi.org/10.3201/eid1405.071301>
- Bonanno, G. A., Ho, S.M.Y., Chan, J. C. K. *et al.* 2008. Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: A latent class approach. *Health Psychology*, 27(5):659–667. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.5.659>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E. *et al.* 2020. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227): 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Centers for Disease Control and Prevention. 2020. *COVID View: A weekly surveillance summary of U.S. COVID-19 activity*. Diakses dari: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covidview/index.html>
- Chalmers V. 2020. *Coronavirus patients can be left with damaged lungs, researchers claim*. Mail Online. <https://www.dailymail.co.uk/health/article-8110389/Coronavirus-patients-recover-left-damaged>
- Chard, K.M. 2005. An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73:965–971. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.966>
- Charney, D.S. 2004. Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress. *Am J Psych*, 161(2):195–216. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195>.

- Courtois, C.A., Sonis, J., Brown, L.S. *et al.* 2017. Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults. *Adopted as APA Policy February 24, 2017.*
- Cuijpers, P., Veen, S.C.V., Sijbrandij, M. *et al.* 2020. Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*,49(3):165-180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>.
- Carvalho, P.M.D.M., Moreira, M.M., Oliveira, M.N.A.D., Landim, J.M.M. & Neto, M.L.R. 2020. The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res*, 286: 112902. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902>
- Danielson, K.C., Macdonald, A. & Amstadter, A.B. 2010. Risky Behaviors and Depression in Conjunction With-or in the Absence of Lifetime History of PTSD Among Sexually Abused Adolescent. *Child Maltreat*, 15(1):101-107, doi: 10.1177/1077559509350075
- Fekih-Romdhane, F., Ghrissi, F., Abbassi, B., Cherif,W., Cheour, M. 2020. Prevalence and Predictors of PTSD during the COVID-19 Pandemic: Findings From a Tunisian Community Sample. *Psychiatry Res*, 290:113131.
- Felmingham, K., Williams, L.M., Kemp, A.H. *et al.* 2010. Neural responses to masked fear faces: sex differences and trauma exposure in posttraumatic stress disorder. *J. Abnorm. Psychol*, 119(1):241-247. <https://doi.org/10.1037/a0017551>.
- Forte, G., Favieri, F., Tambelli, R., Casagrande, M. 2020. COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(11): 4151.
- Fusi-Schmidhauser, T., Preston, N., Keller, N. & Gamondi, C. 2020. Conservative management of Covid-19 patients – emergency palliative care in action. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1): e27-e30. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030>
- Galea, S., Tracy, M., Norris, F. & Coffey, S. F. 2008. Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two years after Hurricane Katrina. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4):357-368. <https://doi.org/10.1002/jts.20355>
- Galovski, T. E., Blain, L., Mott, J., Elwood, L. & Houle, T. 2012. Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80:968-981. <https://doi.org/10.1037/a0030600>
- Gamino, L.A., Easterling, L.W., Stirman, L.S. & Sewell, K.W. 2000. Grief adjustment as influenced by funeral participation and occurrence of adverse funeral events. *OMEGA-J. Death Dying*, 41(2):79-92. <https://doi.org/10.2190/2FQMV2-3NT5-BKD5-6AAV>.
- Gardner, P. & Moallef, P. 2015. Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(1):123-135. <https://doi.org/10.1037/a0037973>

- Goldmann, E. & Galea, S. 2014. Mental health consequences of disasters. *Annual Review of Public Health*, 35:169–183. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>
- Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., Gupta, P. & Singh, M.P. 2020. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! *Asian J. Psychiatr*, 49: 101989. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S. *et al.* 2004. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7):1206–1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Ho, C.S., Chee, C.Y. & Ho, R.C. 2020. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singap*, 49(1):1
- Hong, X., Currier, G. W., Zhao, X. *et al.* 2009. Posttraumatic stress disorder in convalescent severe acute respiratory syndrome patients: A 4-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry*, 31(6):546–554. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.06.008>
- Jakovljevic, M. 2018. Empathy, sense of coherence and resilience: Bridging personal, public and global mental health and conceptual synthesis. *Psychiatria Danubina*, 30:380–384. <http://dx.doi.org/10.24869/psyd.2018.380>
- Jiang, H., Nan, J., Lv, Z. & Yang, J. 2020. Psychological impacts of the COVID-19 epidemic on Chinese people: Exposure, post-traumatic stress symptom, and emotion regulation. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 13(6):252–259. <http://www.apjtm.org/preprintarticle.asp?id=281614>
- Joob, B. & Wiwanitkit, V. 2020. Traumatization in medical staff helping with COVID-19 control. *Brain Behav. Immun*, 87:10. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.020>.
- Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S. *et al.* 2014. The burden of loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry*, 171(8):864–871. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081132>
- Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V. *et al.* 2015. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*, 45(5):1341
- Kross, E.K., Engelberg, R.A., Gries CJ, *et al.* 2011. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest*, 139(4):795–801.
- Krieger, J. & Higgins, D.L. 2002. Housing and health: Time again for public health action. *American Journal of Public Health*, 92(5):758–768. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.5.758>

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y. *et al.* 2020. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw. Open*, 3:e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
- Lam, M.H.B. 2009. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors. *Arch. Intern. Med.* 169(22):2142-2147. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.384>
- Lee, S.M., Kang, W.S., Cho, A.R., Kim, T. & Park, J.K. 2018. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*, 87:123-7.
- Lee, A. M., Wong, J. G. W. S., McAlonan, G. M. *et al.* 2007. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4):233-240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>
- Lee, T. M. C., Chi, I., Chung, L. W. M. & Chou, K.-L. 2006. Ageing and psychological response during the post-SARS period. *Aging & Mental Health*, 10(3):303-311. <https://doi.org/10.1080/13607860600638545>
- Lepore, S.J. & Revenson, T.A. 2006. Resilience and Posttraumatic Growth: Recovery, Resistance, and Reconfiguration. Dalam *Handbook of Posttraumatic Growth: Research & Practice*. Hlm. 24-46. Disunting oleh L. G. Calhoun & R.G. Tedeschi. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Levine, S.Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y. & Solomon, Z. 2009. Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth: Resilience and Growth. *J. Traum. Stress*, 22(4):282-286. <https://doi.org/10.1002/jts.20409>.
- Lewis, C., Roberts, N.P., Simon, N., Bethell, A. & Bisson, J.I. 2019. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 140(6):508-521. <https://doi.org/10.1111/acps.13079>.
- Li, Z., Ge, J., Yang, M. *et al.* 2020. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*, 88:916-919.
- Liu, C.H., Zhang, E., Wong, G.T.F., Hyun, S. & Hahm, H. 2020. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Res*, 290: 113172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C. *et al.* 2020. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*, 287:112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>.

- Lowe, S. R., Sampson, L., Gruebner, O. & Galea, S. 2015. Psychological resilience after Hurricane Sandy: The influence of individual- and community-level factors on mental health after a large-scale natural disaster. *PLoS One*, 10(5):e0125761. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125761>
- Mak, I.W.C., Chu, C.M., Pan, P.C. *et al.* 2010. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 32(6):590–598. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.07.007>
- Maslim, R. 2013. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V*. Cetakan 2. Jakarta: Penerbit Nuh Jaya.
- McNally, R.J. 2013. The evolving conceptualization and treatment of PTSD: a very brief history. *Trauma Psychology Newsletter*, 7–11.
- Montemurro, N. 2020. The emotional impact of COVID-19: from medical staff to common people. *Brain. Behav. Immun*, 87:23–24. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.032>
- Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A. *et al.* 2006. Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5):898–907. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.898>
- National Institute for Health Care Excellence (NICE), 2018. *Post-traumatic stress disorder*. Diakses dari: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations>.
- Oh, W., Muzik, M., McGinnis, E.W. *et al.* 2016. Comorbid trajectories of postpartum depression and PTSD among mothers with childhood trauma history: Course, predictors, processes and child adjustment. *J. Affect. Disord*, 200:133–141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.037>
- Olthuis, J.V., Wozney, L., Asmundson, G.J.G. *et al.* 2016. Distance-delivered interventions for PTSD: a systematic review and metaanalysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 44:9–26. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.010>
- Ota, M., Nemoto, K., Ishida, I. *et al.* 2019. Structural brain network correlated with the resilience to traumatic events in the healthy participants: An MRI study on healthy people in a stricken area of the Great East Japan Earthquake. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000517>
- Probst, D.R., Gustin, J.L., Goodman, L.F., Lorenz, A. & Wells-Di Gregorio, S.M. 2016. ICU versus Non-ICU Hospital Death: Family Member Complicated Grief, Posttraumatic Stress, and Depressive Symptoms. *J Palliat Med*, 19(4):387–93.
- Quinn, S.C. & Kumar, S. 2014. Health inequalities and infectious disease epidemics: A challenge for global health security. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 12(5):263–273. <https://doi.org/10.1089/bsp.2014.0032>

- Rauh, V.A., Landrigan, P.J. & Claudio, L. 2008. Housing and health: Intersection of poverty and environmental exposures. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1):276–288. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.032>
- Reynolds, J., Griffiths, K.M., Cunningham, J.A., *et al.* 2015. Clinical practice models for the use of E-mental health resources in primary health care by health professionals and peer workers: a conceptual framework. *JMIR Ment Health*, 2(1):e6. <https://doi.org/10.2196/mental.4200>
- Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard, K. M. 2017. *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. New York, NY: Guilford Press.
- Resick, P. A., Wachen, J. S., Dondanville, K. A. *et al.* 2017. Effect of group vs. individual cognitive processing therapy in active-duty military seeking treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(1):28–36. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2729>
- Rosner, R., Rimane, E., Frick, U. *et al.* 2019. Effect of developmentally adapted cognitive processing therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(5):484–491. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4349>
- Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H. *et al.* 2020. Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: applying learnings from the past outbreaks. *Cureus*, 12(3):e7405
- Sijbrandij, M., Kunovski, I. & Cuijpers, P. 2016. Effectiveness of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*, 33(9):783–791. <https://doi.org/10.1002/da.22533>.
- Siriwardhana, C., Ali, S. S., Roberts, B. & Stewart, R. 2014. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health*, 8(13):1-14. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1505-8-13>
- Spencer, S.A., Nolan, J.P., Osborn, M. *et al.* 2019. The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. *Resuscitation*, 142:175–181.
- Sprang, G. & Silman, M., 2013. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1):105-110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
- Styra, R., Hawryluck, L., Robinson, S., *et al.*, 2008. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J psychosomatic Res*; 64(2):177e83.
- Sun, L., Sun, Z., Wu, L. *et al.* 2021. Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *J Affect Disord*, 283:123-129. <https://doi.org/10.1101/2020.03.06.20032425>

- Thompson, N. J., Fiorillo, D., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J. & Michopoulos, V. 2018. Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225:153–159. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.049>
- Tolin, D. F. & Foa, E. B., 2006. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6):959–992. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>
- Valentino-DeVries, J., Lu, D. & Dance, G. J. X. 2020. Location data says it all: Staying at home during coronavirus is a luxury. *The New York Times*. Diakses dari: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/03/us/coronavirus-stay-home-rich-poor.html>
- Vernberg, E.M., Steinberg, A.M., Jacobs, A.K. et al. 2008. Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4):381–388. <http://dx.doi.org/10.1037/a001266>
- Wallace, C., Wladkowski, S.P., Gibson, A. & White, P. 2020. Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1):e70–e76.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X. et al. 2020. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 17(5):1729.
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J. & Jiang, F. 2020. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*, 395(10228):945–947.
- Wang, D., Hu, B., Hu, C. et al. 2020. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 323(11):1061–1069. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>
- WHO. 2020. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: myth busters. *World Health Organization*. Diakses dari: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>.
- Wilson, N., Kvalsvig, A., Barnard, L.T., et al. 2020. Case-fatality risk estimates for COVID-19 calculated by using a lag time for fatality. *Emerg Infect Dis*, 26(6):1139–1341.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. & Yang, N. 2020. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*, 26:e923549.

MINI REVIEW: STIGMA COVID-19 DAN KESEHATAN MENTAL

11

Sadya Wendra

PENDAHULUAN

Pandemi Covid-19 yang melanda dunia bisa memberikan dampak pada kesehatan mental masyarakat. Betapa tidak, penyakit yang telah menelan banyak korban jiwa di seluruh dunia ini telah menimbulkan banyak kekhawatiran di semua kalangan. Setiap menit, dihujani oleh berita dan informasi seputar Covid-19, baik melalui TV, media sosial, dan internet. Maka tidak heran jika banyak masyarakat mengalami gangguan mental di tengah pandemi penyakit yang ditimbulkan oleh virus *Corona* tersebut. Akibat dari perubahan kehidupan ini dapat menimbulkan perasaan cemas, terisolasi, mudah terbawa emosi, depresi, dan sebagainya.

Sebagai penyakit baru yang cepat menular, belum ada obatnya, disertai dengan membanjirnya informasi melalui media sosial, yang tidak semuanya bisa dipercaya, telah menimbulkan suatu stigma bagi orang-orang yang terkait dengan Covid-19. Stigma merupakan suatu istilah yang menggambarkan suatu keadaan atau kondisi terkait sudut pandang atas sesuatu yang dianggap bernilai negatif. Stigma ini menjadi beban tersendiri bagi penderita dan keluarganya. Petugas kesehatan menghadapi beban yang berlipat ganda karena melayani pasien Covid-19, bisa sakit dan menjadi penderita Covid-19 dan mengalami stigma dari masyarakat.

Stigma muncul dalam perilaku sosial seperti mengucilkan pasien yang telah sembuh, menolak dan mengucilkan orang yang berpindah dari satu daerah ke daerah lain, mengucilkan etnis tertentu karena dianggap pembawa virus, mengucilkan tenaga medis yang bekerja di rumah sakit, dan menolak jenazah karena dianggap masih terdapat virus yang dapat ditularkan. Stigma mendorong

orang untuk menyembunyikan penyakit yang diderita untuk menghindari diskriminasi, mencegah orang mencari perawatan kesehatan ketika mengalami gejala sehingga berkontribusi pada masalah kesehatan yang lebih berat, penularan berkelanjutan, dan kesulitan dalam mengendalikan penyebaran virus Corona.

Masalah kesehatan mental dapat berdampak pada hal yang berhubungan dengan karantina, tenaga medis, pasien, dan bidang pendidikan. Berikut dijelaskan.

1. Hal yang berhubungan dengan karantina
 - a. Karantina merupakan salah satu langkah yang diambil untuk mencegah penyebaran wabah virus *Corona*. Tindakan ini dapat menimbulkan efek perburukan psikologis termasuk terjadinya PTSD, kebingungan, dan kemarahan.
 - b. Faktor-faktor yang dianggap menjadi stresor selama karantina antara lain durasi karantina yang panjang berhubungan dengan timbulnya gangguan mental terutama PTSD, perilaku menghindar dan kemarahan. Ketakutan akan infeksi yang dialami dan menularkan ke orang lain. Frustrasi dan kebosanan terjadi akibat seseorang kehilangan rutinitas harian, dan terjadi pengurangan kontak fisik dan sosial dengan orang lain, termasuk akibat perasaan menjadi terisolasi dari dunia sekitar.
 - c. Tidak memiliki cukup cadangan kebutuhan dasar, seperti makanan, minuman, pakaian atau akomodasi, termasuk obat-obatan, dan masker.
 - d. Kekurangan informasi resmi dari pemerintah mengenai panduan langkah yang perlu dilakukan, pembagian tingkat berisiko, dan tujuan dari karantina.
 - e. Pasca karantina dapat mengalami perlakuan yang berbeda, dianggap menularkan sehingga dihindari dari orang sekitar.
2. Dampak pada tenaga medis
 - a. Dari diri tenaga medis sendiri yaitu ketakutan tertular ataupun menularkan.
 - b. Tekanan fisik dan psikis yaitu beban kerja, berpisah dengan keluarga, menyaksikan kejadian traumatik pasien dalam kondisi kritis dan meninggal.
 - c. Perasaan putus asa akibat kehilangan nyawa pasien walaupun telah berupaya maksimal.
 - d. Pandangan di sekitar tempat tinggal ataupun lingkungan sosial yang menganggap tenaga medis akan menularkan.

- e. Beban dan kekhawatiran yang tinggi ini tentu akan meningkatkan stres sehingga menimbulkan depresi, ansietas, dan gejala somatik.
3. Dampak pada pasien
 - a. Kesehatan mental pasien akan dipengaruhi oleh keparahan gejala, komplikasi, gejala sisa, efek terapi, maupun kemampuan mengakses layanan kesehatan.
 - b. Beberapa pasien mengalami perasaan tidak berdaya, bahkan perasaan duka akibat kehilangan orang-orang terdekat mereka termasuk sesama pasien selama perawatan.
 - c. Penyebaran infeksi ke sistem saraf pusat dapat menyebabkan terjadinya gejala neuropsikaitri yang dapat bersifat menetap ataupun mengalami perbaikan setelah infeksi teratasi.
 4. Dampak terhadap pendidikan
 - a. Kekhawatiran orang tua dari anak yang menjalani pendidikan di lingkungan RS, takut tertular.
 - b. Kekhawatiran dari anak didik terhadap perjalanan pendidikannya.
 - c. Di lingkungan pendidikan, kondisi pandemi dirasakan sulit. Dengan ditutupkan tempat pembelajaran, banyak siswa kehilangan momen besar di kehidupan mereka dan juga momen keseharian seperti mengobrol dengan teman dan berpartisipasi di kelas.

MENJAGA KESEHATAN MENTAL SELAMA PANDEMI COVID-19

Setiap orang perlu menjaga kesehatan mental untuk menghindari keluhan fisik yang muncul akibat stres. Karena itu ketika seseorang stres, sistem imunitas dalam tubuh akan mengalami penurunan. Hal ini akan menyebabkan tubuh mudah terserang penyakit. Beberapa hal yang dapat dilakukan berikut ini.

1. Cobalah berempati: Covid-19 adalah penyakit yang menyerang seluruh lapisan masyarakat, berempati pada orang yang terinfeksi Covid-19 bahwa mereka tidak melakukan kesalahan sehingga bukan semata-mata salah mereka.
2. Kurangi stigma negatif terhadap pasien Covid-19
 - a. Penting pula untuk tidak menyebut pasien Covid-19 sebagai “kasus Covid-19” atau “keluarga Covid-19” atau “orang sakit Covid-19” melainkan sebutlah mereka sebagai “orang yang mempunyai Covid-19” atau “orang menjalani perawatan Covid-19”.

DAFTAR PUSTAKA

- Bagcchi, S. 2020. Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 20(7):782.
- Bhanot, D., Singh, T., Verma, S.K. & Sharad, S. 2021. Stigma and Discrimination during Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 12(8):577018.
- John Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2020. What can you do to fight stigma associated with Covid-19? *Covid-19 Communication Network*.
- Sotgiu, G. & Dobler, C.C. 2020. Social stigma in the time of coronavirus disease 2019. *Eur Respir J*, 13(56):2002461.
- World Health Organization. 2020. Stigma sosial terkait dengan Covid-19: Panduan untuk mencegah dan mengatasi stigma sosial. WHO, IFRC, UNICEF.

AUP 2021

PANDEMI COVID-19 DAN KESEHATAN MENTAL ANAK DAN REMAJA

12

Royke Tony Kalalo

PENDAHULUAN

Pandemi Covid-19 menjadi tantangan yang luar biasa bagi kesehatan mental anak dan remaja. Krisis yang terjadi akibat kondisi pandemi ini yang meliputi penyakit dan pembatasan sosial dapat memiliki dampak yang besar terhadap keseluruhan kesejahteraan mental anak dan remaja (Dvorsky, Breaux & Becker, 2020).

Kerentanan, insiden infeksi, dan mortalitas pada anak dan remaja yang didapati relatif lebih rendah daripada yang dialami oleh orang dewasa menjadikan kurangnya perhatian dan fokus kepada manifestasi fisik dan psikologik yang unik pada anak dan remaja. Namun, sebenarnya, banyak studi yang membuktikan bahwa anak dan remaja yang berada dalam kondisi bencana pandemi mengalami stres dan trauma yang besar (Maetal, 2020; Lazarus, 2003; Duan *et al.*, 2020). Efek pandemi pada anak dan remaja sangatlah besar karena anak dan remaja mengalami stresor yang kompleks secara biopsikososial. Saat pemberlakuan pembatasan sosial, karantina/*lockdown* dilaksanakan, anak dan remaja akan mengalami perubahan signifikan pada rutinitas harian yang dapat mengakibatkan munculnya isolasi sosial dan berbagai masalah untuk beradaptasi dalam konsekuensi jangka pendek dan jangka panjang pandemi (Spinelli *et al.*, 2020; de Figueiredo, Sandre & Portugal, 2021).

Infeksi dan kondisi stresor psikososial pandemi Covid-19 dapat menimbulkan manifestasi psikologik pada pasien anak dan remaja, memperberat kondisi gangguan jiwa yang sebelumnya telah ada, dan menurunkan kesejahteraan mental sebagai

akibat dari kombinasi stresor multifaktor karena krisis kesehatan jiwa masyarakat, isolasi sosial, dan resesi ekonomi (Golberstein, Wen & Miller, 2020).

COVID-19 PADA ANAK DAN REMAJA

Data angka kejadian Covid-19 pada anak, khususnya pada balita, masih belum memadai, namun dari laporan awal disebutkan kasus Covid-19 pada usia 0–9 tahun dari studi-studi di China adalah sebesar 0,9%, di Korea Selatan 1%, dan di Italia 0,6%. Di Indonesia, berdasarkan data www.Covid19.go.id per Mei 2020, terdapat 15.438 kasus terkonfirmasi di antaranya 1,4% usia balita. Dari 11.123 pasien dalam perawatan terdapat 1,6% balita yang dirawat/diisolasi, dari 3.287 dinyatakan sembuh terdapat 1,2% usia balita, dan dari 1.028 meninggal terdapat 0,7% balita meninggal (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Pada awal Juni 2020, angka kasus konfirmasi anak adalah sebesar 7,76% dari total keseluruhan kasus konfirmasi Covid-19. Angka ini lebih tinggi dari laporan kasus di berbagai negara di dunia (Satuan Tugas Covid-19, 2020). Hingga akhir Agustus 2020, data kasus anak yang positif meningkat menjadi 9,3% dari seluruh kasus dan berkontribusi sebesar 2,1% terhadap seluruh kasus kematian. Angka ini pun lebih tinggi jika dibandingkan data negara-negara di Asia bahkan di dunia (Burhan *et al.*, 2020). Biasanya gejala pada anak ringan sehingga memiliki kemungkinan sebagai *carrier*, namun dari data Covid-19 di atas ternyata menunjukkan persentase meninggal yang cukup tinggi (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Kondisi infeksi yang terjadi pada anak dipengaruhi oleh ketersediaan perawatan yang optimal di masa pandemi. Dengan pelayanan kesehatan yang menjadi terbatas saat masa pandemi, di mana terjadi pembatasan sosial hingga karantina/*lockdown*, khususnya pada area atau daerah dengan keterbatasan sumber daya kesehatan, kemunculan beragam kondisi gangguan fisik dan psikologik pada anak dan remaja mungkin tidak dapat ditangani secara optimal yang meningkatkan angka mortalitas (Courtney *et al.*, 2020).

Gejala-gejala Covid-19 pada anak dan remaja dapat berupa batuk, pilek seperti penyakit *common cold* atau selesma, dengan/atau tanpa demam, yang umumnya bersifat ringan dan akan sembuh sendiri. Secara umum, ternyata gejala Covid-19 pada anak sulit dibedakan dari penyakit saluran pernapasan akibat penyebab lainnya. Penyakit saluran pernapasan Covid-19 menjadi berbahaya apabila menyerang paru, dengan terjadinya radang paru atau pneumonia. Gejala pneumonia adalah demam, batuk, dan kesulitan bernapas yang ditandai dengan napas cepat dan sesak napas (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Dari berbagai

studi lainnya, didapatkan keadaan hiperinflamasi, misalnya serupa dengan penyakit Kawasaki, sebagai manifestasi gejala Covid-19 pada anak dan remaja (Courtney *et al.*, 2020) termasuk adanya kondisi sindroma peradangan multisistem dalam kaitan dengan Covid-19 (Jiang *et al.*, 2020).

Review sistematik terhadap 38 studi hingga bulan April 2020 mendapatkan gejala Covid-19 pada anak dan remaja (usia di bawah 18 tahun) yang sering ditemukan adalah panas (47,5%), batuk (41,5%), gejala gangguan di hidung (11,2%), diare (8,1%), dan mual muntah (7,1%). Sekitar 36,9% anak didiagnosis mengalami pneumonia, kondisi eritema faring didapatkan sebanyak 20,6%, takikardia 18,6%, takipneu 13,4% kasus, dan 10,9% dilaporkan mengalami infeksi saluran napas atas. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan penurunan limfosit dalam 12,9% kasus. Dari pemeriksaan radiologi didapatkan abnormalitas *computed tomography* rongga dada pada 63,0% kasus. Gambaran yang sering didapati adalah *ground-glass opacities*, *patchy shadows*, dan konsolidasi. Studi ini menunjukkan bahwa anak dengan Covid-19 memiliki perbedaan gejala yang luas dibandingkan kasus-kasus pada orang dewasa, dan panas serta gejala gangguan pernapasan tidak dijadikan penanda utama Covid-19 pada anak (de Souza *et al.*, 2020).

Definisi operasional kasus Covid-19 pada anak dan neonatus yaitu kasus suspek, kasus *probable*, kasus konfirmasi dan kontak erat. Definisi kasus ini mengikuti panduan Kementerian Kesehatan RI. Pada anak, manifestasi klinis dari Covid-19 dapat meliputi manifestasi sistemik di luar gejala respirasi seperti demam yang disertai diare, muntah, ruam, syok, keterlibatan jantung dan lainnya sebagai bagian dari *multisystem inflammatory syndrome* pada Covid-19 (*MIS-C*), sehingga perlu kehati-hatian untuk menegakkan diagnosis (Burhan *et al.*, 2020).

MANIFESTASI PSIKOLOGIK COVID-19 PADA PASIEN ANAK DAN REMAJA

Jiang *et al.*, 2018 menyatakan bahwa dari proses peradangan disfungsional yang sistemik menunjukkan gangguan proses *neurodevelopmental* yang mengarah pada terjadinya gangguan kognitif dan gangguan *mood*. Perubahan proses inflamatorik pada anak dan remaja yang mengalami infeksi Covid-19 menjadi suatu perhatian khusus dalam pelayanan kesehatan masyarakat karena menimbulkan risiko gangguan lanjutan fisiologik dan gangguan psikiatrik, yang bahkan mungkin dapat terjadi dalam observasi jangka panjang (de Figueiredo, Sandre & Portugal, 2021).

Pada saat awal pandemi Covid-19 muncul di Wuhan, China, gangguan jiwa yang sering didapatkan pada pasien anak dan remaja yang mengalami infeksi Covid-19 adalah gangguan cemas perpisahan dan insomnia (Cui *et al.*, 2020).

Proses perawatan dalam ruangan perawatan khusus infeksi yang dialami anak dan remaja dengan infeksi Covid-19 dapat memunculkan berbagai manifestasi psikologis lainnya dalam bentuk perasaan sedih, cemas, takut, gangguan tidur, kesepian, rindu rumah (*homesick*), gangguan penyesuaian, hingga gejala depresi. Dilaporkan juga adanya sikap menuntut, kemarahan bahkan agresivitas, dan kondisi regresi/berperilaku seperti usia mental sebelumnya (Thurber *et al.*, 2007; Meltzer & Mindell, 2009; Shields, 2010; Cates, Gomes & Krasilovsky, 2018). Didapatkan kondisi *fatigue*/kelelahan yang terjadi pada pasien anak dan remaja yang mengalami Covid-19, berkisar sebesar 5% (de Souza *et al.*, 2020).

Tabel 12.1 menunjukkan tanda-tanda peringatan awal kemungkinan gangguan jiwa yang perlu diobservasi dalam proses perawatan anak dan remaja dengan Covid-19.

Aspek neurobiologik dampak stresor Covid-19 pada kehidupan anak dan remaja dijelaskan sebagai berikut: Aktivasi aksis HPA (*hypothalamic-pituitary-adrenal*) terjadi dari produksi dan pengeluaran CRH (*corticotrophin-releasing hormone*) melalui nukleus *paraventricular* di hipotalamus. CRH menstimulasi sekresi ACTH (*adrenocorticotropic hormone*) oleh bagian anterior kelenjar pituitari (*adenohypophysis*). Karena itu, ACTH mencapai sirkulasi periferal dan ditransportasikan ke bagian korteks kelenjar adrenal, yang menginduksi pengeluaran glukokortikoid (misalnya kortisol) ke dalam pembuluh darah. Dalam mekanisme umpan balik negatif, kortisol, pada gilirannya menginhibisi sekresi CRH dan ACTH. Meskipun demikian, selama tahap awal kehidupan, saat di mana anak atau remaja terpapar kondisi stres jangka panjang, aktivasi aksis ini akan mengalami disregulasi akibat sintesis mediator-mediator inflamatorik (misalnya sitokin pro-inflamatorik), neurotransmiter, dan hormon, yang dapat terjadi dari berbagai mekanisme fisiologik yang berbeda (de Figueiredo, Sandre & Portugal, 2021). Sitokin pro-inflamatorik dianggap turut bertanggung jawab atas respons fase akut pada otak yang menginduksi gejala gangguan jiwa seperti gejala depresi (Orsini *et al.*, 2020). Kondisi stres psikologik selama infeksi Covid-19 juga akan menyebabkan pelepasan *corticotrophin-releasing hormone* (CRH) dan mengaktivasi HPA axis (Li *et al.*, 2020; Kempuraj *et al.*, 2020). Selanjutnya, gangguan pada homeostasis yang terjadi akibat disregulasi aksis HPA sebagai respons terhadap stres akan menimbulkan perubahan pada sistem saraf, daya tahan tubuh, dan

TABEL 12.1 Tanda-tanda peringatan awal masalah kesehatan jiwa pada anak dan remaja yang terinfeksi Covid-19

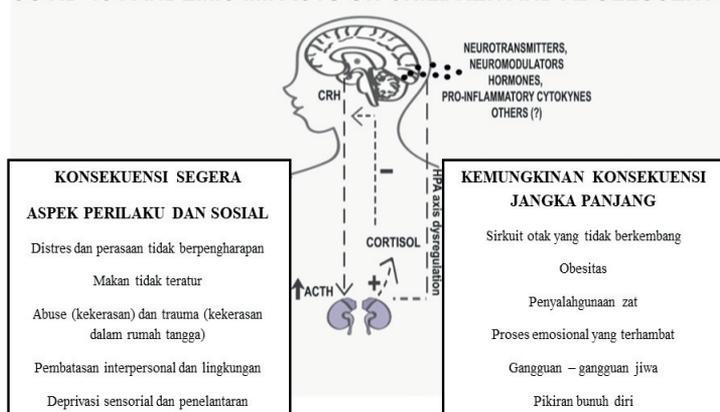
Gejala-gejala	Deskripsi
1. Abnormalitas dalam kegiatan sehari – hari	<ul style="list-style-type: none"> a. Masalah tidur misalnya tidur sepanjang hari atau menolak untuk tidur. b. Menolak untuk makan atau makan terlalu banyak. c. Tidak mau berbicara dengan keluarga atau staf medis dan paramedis.
2. Mood swings	<ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan agresi atau ketakutan. b. Munculnya gejala-gejala depresi dan kecemasan.
3. Perilaku abnormal	<ul style="list-style-type: none"> a. Perilaku yang tidak sesuai seperti menolak perawatan dan pengobatan. b. Perilaku yang tidak dapat dikendalikan seperti bersikap kasar atau menyakiti petugas medis. c. Perilaku melukai diri. d. Terus menerus mengeluh.
4. Gejala-gejala menyerupai psikotik	<ul style="list-style-type: none"> a. Tidak mampu mengenali keluarga dan teman. b. Memiliki ide-ide aneh atau tidak mampu memahami orang lain. c. Pengalaman halusinasi auditorik atau halusinasi visual/optik.
5. Gejala-gejala somatik	<ul style="list-style-type: none"> a. Perasaan tidak nyaman tanpa penyebab yang jelas. b. Meningkatnya keluhan nyeri kepala dan nyeri perut tanpa penyebab organik yang jelas.

(Cui et al., 2020).

aspek endokrin (*neuro-immuno-endocrine*), yang bila terjadi secara terus menerus, akan menimbulkan kondisi kesehatan yang menurun, termasuk risiko munculnya gangguan jiwa di masa dewasa (de Figueiredo, Sandre & Portugal, 2021).

Beberapa kemungkinan efek jangka pendek paparan terhadap stres akibat Covid-19 pada tahapan awal kehidupan misalnya *distress* dan perasaan tidak berpengharapan, pola makan yang tidak teratur, *abuse* (kekerasan) dan trauma (kekerasan dalam rumah tangga), pembatasan interpersonal dan lingkungan, deprivasi sensorial, dan penelantaran. Konsekuensi jangka panjang pun dapat terjadi, misalnya sirkuit otak yang tidak berkembang, obesitas, penyalahgunaan

COVID-19 PANDEMIC IMPACTS ON CHILDREN AND ADOLESCENTS



Keterangan: HPA: *hypothalamic-pituitary-adrenal*; CRH: *corticotrophin-releasing hormone*; ACTH: *adrenocorticotrophic hormone*.

GAMBAR 12.1 Dampak Covid-19 terhadap anak dan remaja (de Figueiredo, Sandre & Portugal, 2021).

zat, proses emosional yang terhambat, risiko terjadi berbagai gangguan-gangguan jiwa, dan pikiran bunuh diri (de Figueiredo, Sandre & Portugal, 2021). Mekanisme aspek neurobiologik dampak stresor Covid-19 pada kehidupan anak dan remaja ditunjukkan pada Gambar 12.1.

PENGARUH PSIKOSOSIAL PANDEMI COVID-19 TERHADAP KESEHATAN MENTAL ANAK DAN REMAJA

Kondisi Pandemi Covid-19 secara signifikan memengaruhi kesehatan mental anak dan remaja. Hal ini terjadi sebagai akibat dari interaksi kompleks berbagai aspek psikososial di masa pandemi seperti kekhawatiran ketidakpastian karakteristik gejala dan metode penanganan mengenai penyakit yang baru muncul ini, antisipasi masalah-masalah yang dapat terjadi di masa depan khususnya di bidang kesehatan dan ekonomi, kemunculan kebijakan-kebijakan baru yang masih perlu diuji efektivitasnya, pemberitaan intensif berlebihan, termasuk kemunculan berita *hoax* tentang penyebaran penyakit yang dapat menimbulkan ketegangan, respons orang tua dan orang dewasa lainnya, serta pembatasan sosial.

Aspek lingkungan yang optimal turut menjadi fondasi yang membentuk ciri kepribadian anak dan remaja. Dalam kehidupan sehari-hari, anak pada umumnya melakukan banyak kegiatan bersama seperti bermain, berolah raga serta mengerjakan tugas. Pembatasan aktivitas di masa pandemi berupa karantina atau *lockdown* telah terbukti dapat mengurangi penyebaran virus, namun pembatasan ini ternyata memiliki risiko memunculkan berbagai kerentanan masalah psikologik pada anak dan remaja. Hal ini terjadi saat aktivitas sekolah dan kegiatan di luar rumah yang biasanya menjadi bagian keseharian, kini tidak dapat lagi dilakukan. Perubahan yang terjadi di masa pandemi Covid-19 dapat menjadi risiko tersendiri terkait dengan keterbatasan latihan keterampilan sosial. Kondisi ini dapat memicu stres bagi anak karena perubahan kehidupan sehari-hari yang kini berubah secara cepat dan mendadak.

Pada akhir bulan April 2020, diperkirakan sebanyak 1,5 miliar anak dan remaja di seluruh dunia harus melakukan transisi proses pembelajaran dari proses belajar tatap muka di sekolah menjadi pembelajaran jarak jauh melalui komunikasi daring/*online*. Studi-studi awal (*preliminary*) pada anak dan remaja menunjukkan adanya peningkatan perilaku sedentari (kurangnya aktivitas fisik) termasuk menurunnya kesempatan anak dan remaja untuk terlibat dalam berbagai aktivitas fisik, serta gangguan jadwal dan kualitas tidur. Kondisi-kondisi awal ini diduga dapat menjadi risiko timbulnya masalah fisik dan psikologik jangka panjang di kemudian hari (Couzin-Frankel *et al.*, 2020; Margaritis *et al.*, 2020; Vanderloo *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2020; Becker *et al.*, 2020; Zenic *et al.*, 2020; Moore *et al.*, 2020; Guerrero *et al.*, 2020; Grgic *et al.*, 2018; Bates *et al.*, 2020).

Beberapa kondisi masalah psikologik lainnya pada anak dan remaja di masa pembatasan aktivitas di luar rumah ini adalah kemungkinan munculnya perilaku mudah cemas, rewel, menuntut berlebihan, kegelisahan, rasa kesepian, isolasi sosial, kurangnya konsentrasi, reaksi stres, meminta atau mencari perhatian terus-menerus, iritabilitas, takut menanyakan pertanyaan-pertanyaan terkait pandemi, menjadi sulit berpisah dengan orang tua atau pengasuhnya, sulit tidur, sulit makan, gangguan fobia spesifik, gangguan obsesif kompulsif, gangguan penyesuaian, gangguan stres pascatrauma, gejala depresi, dan perasaan berduka yang besar saat kehilangan anggota keluarga akibat Covid-19. Perasaan kesepian tampaknya secara signifikan terkait dengan gejala depresi yang terjadi pada anak dan remaja, serta merupakan prediktor penting masalah kesehatan mental di masa depan (Courtney *et al.*, 2020; Loades *et al.*, 2020; Nearchou *et al.*, 2020; Roy *et al.*, 2020; Seksi Psikiatri Anak dan Remaja PDSKJI, 2020).

Pandemi Covid-19 dapat menurunkan kualitas kesehatan mental pada anak dan remaja yang sebelumnya telah memiliki kerentanan bahkan kondisi gangguan jiwa tertentu. Hal ini disebabkan karena kombinasi berbagai faktor risiko seperti kondisi krisis kesehatan masyarakat, isolasi sosial, dan resesi ekonomi. Menurunnya kesejahteraan ekonomi berhubungan dengan peningkatan masalah kesehatan mental pada anak dan remaja khususnya karena kondisi ekonomi yang menurun selanjutnya akan mengakibatkan peningkatan angka pengangguran pada orang dewasa, yang menimbulkan peningkatan masalah kesehatan mental dan kemungkinan besar berisiko memunculkan kekerasan/penelantaran/perlakuan pengasuhan yang kurang optimal terhadap anak dan remaja, khususnya pada anak dan remaja dengan kondisi kebutuhan khusus tertentu (Golberstein, Wen & Miller, 2020). Anak-anak dengan gangguan perkembangan/*neurodevelopmental*, seperti gangguan pemusatan perhatian dan/atau hiperaktivitas serta gangguan spektrum autisme kemungkinan besar menghadapi masalah terkait dengan perubahan struktur kegiatan dan rutinitas yang disebabkan oleh pandemi (Wright *et al.*, 2020; Cortese *et al.*, 2020; de Miranda *et al.*, 2020; Jepsen, Rohde & Østergaard, 2020). Studi yang dilakukan di Italia pada anak dan remaja dengan gangguan neuropsikiatrik di masa pandemi ini menunjukkan adanya peningkatan nilai skala psikometrik keluhan somatik dan skala kecemasan pada anak usia 1,5–5 tahun, sementara itu didapatkan pula peningkatan penilaian skala psikometrik terkait obsesif kompulsif dan skala gangguan stres pascatrauma pada anak usia 6–18 tahun. Kondisi ini kemungkinan juga terkait dengan suasana perasaan dari orang tua atau pengasuh (Conti *et al.*, 2020). Terjadinya kondisi depresi pada orang tua atau pengasuh secara konsisten ditemukan sebagai penanda awal masalah perilaku pada anak, kelekatan yang tidak aman, disregulasi emosi, penurunan kognitif dan performa akademik anak, kerentanan anak mengalami depresi, fungsi interpersonal yang buruk, dan disfungsi psikobiologik (National Research Council and Institute of Medicine Committee, 2009; Conti *et al.*, 2020). Masalah suasana perasaan hingga depresi yang dapat terjadi pada orang tua atau pengasuh terjadi sebagai interaksi bersama faktor internal orang tua/pengasuh, dampak psikososial pandemi, dan kondisi anak dengan kebutuhan khusus.

Selain anak-anak berkebutuhan khusus, anak-anak yang terlantar atau hidup di jalanan pun sangat rentan mengalami masalah psikologik di masa pandemi ini. Hal lain yang juga perlu diantisipasi adalah kemungkinan peningkatan kekerasan dalam rumah tangga termasuk kekerasan kepada anak dan remaja (Roy *et al.*, 2020; Seksi Psikiatri Anak dan Remaja PDSKJI, 2020).

Pandemi Covid-19 yang terjadi turut mengarahkan juga pada studi mengenai evaluasi stresor suatu peristiwa kehidupan bermakna, respons psikologik, dan hubungannya dengan adiksi perilaku pada anak dan remaja, misalnya adiksi *gadget* (gawai), termasuk *smartphone* dan perilaku penggunaan internet yang bermasalah hingga terjadi adiksi. Selama pandemi, terjadi sekitar 12,5–46% penggunaan internet yang bermasalah dan 1,2–6,2% adiksi internet pada anak dan remaja di negara-negara seperti Tiongkok, Jepang, Korea Selatan, Malaysia, Filipina, Nigeria, dan Yunani. Hal ini terjadi sebagai akibat interaksi kondisi kekhawatiran selama pandemi, suasana pembatasan aktivitas (*lockdown*), dan terjadinya kondisi stres hingga depresi. Internet merupakan alat yang dapat memberikan hiburan dan mudah diakses sehingga merupakan cara yang umum dipilih anak dan remaja saat mengalami masalah atau stresor dan menghindari kenyataan yang harus dihadapi (Dong *et al.*, 2020).

Kejadian bunuh diri yang merupakan indikator signifikan dari kualitas kesehatan mental turut mendapatkan perhatian dalam studi di masa pandemi. Aktivitas sekolah yang berubah saat interaksi belajar tatap muka dihentikan dapat menjadi kondisi yang memengaruhi kondisi psikologik anak dan remaja. Studi pendahuluan pada anak dan remaja yang dilakukan di Jepang selama kondisi gelombang pertama pandemi (Januari hingga Mei 2020) tidak menemukan hubungan signifikan kejadian bunuh diri dengan kondisi masa pandemi saat aktivitas sekolah mulai dihentikan. Dibutuhkan studi lanjutan manakala pandemi berlangsung lebih lama (Isumi *et al.*, 2020).

PENATALAKSANAAN KOMPREHENSIF KESEHATAN MENTAL ANAK DAN REMAJA DI MASA PANDEMI COVID-19

Penatalaksanaan Gangguan Jiwa pada Anak dan Remaja dengan Covid-19

Beberapa usulan penatalaksanaan gangguan jiwa pada anak dan remaja yang terinfeksi Covid-19 adalah sebagai berikut.

1. Psikiater, khususnya psikiater anak dan remaja merupakan kandidat utama dalam menyediakan penatalaksanaan gangguan jiwa pada anak dan remaja dengan Covid-19.

2. Penatalaksanaan kepada pasien anak dan remaja ini, termasuk kepada orang tua atau keluarga pasien tentunya dengan mempertimbangkan aspek keamanan tenaga medis. Model penanganan secara daring/telepsikiatri juga dapat menjadi pilihan penatalaksanaan ini, khususnya bila psikiater anak dan remaja yang tersedia di rumah sakit atau suatu wilayah terbatas jumlahnya.
3. Ketersediaan penatalaksanaan kesehatan jiwa berlangsung hingga masa pemulihan anak dan remaja dari infeksi Covid-19. Hal ini didukung oleh beberapa laporan yang menyatakan kerentanan hingga mencapai 10% pada anak dan remaja mengalami kondisi trauma hingga terjadinya gangguan stres pasca trauma. Proses deteksi dini atau skrining dibutuhkan untuk mengevaluasi terjadinya gangguan stres pascatrauma ini.
4. Proses komprehensif dalam pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja dengan Covid-19 meliputi proses asesmen, membangun aliansi terapeutik, menentukan derajat ringan hingga berat kondisi fisik Covid-19 dan masalah psikologik yang terjadi, penentuan formulasi diagnosis dan formulasi terapi secara individual dari masing-masing anak dan remaja, menyediakan intervensi krisis dan medikasi psikofarmaka yang sesuai (Cui, 2013; Cui *et al.*, 2020).
5. Intervensi psikologik terapi perilaku merupakan hal yang penting dilakukan bersama dengan intervensi dukungan kepada keluarga atau dukungan kesehatan jiwa dan psikososial pada anak dan remaja (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2020; World Health Organization, 2020).
6. Intervensi medikasi psikofarmaka merupakan unsur tambahan terhadap rencana penatalaksanaan gangguan jiwa pada anak dan remaja dengan Covid-19. Kerja sama dengan orang tua, termasuk secara daring, meliputi usaha mendapatkan data awal tentang status tumbuh kembang anak dan remaja (berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, tanda vital, keluhan-keluhan fisik, dan pencapaian tahapan perkembangan). Komunikasi juga meliputi deteksi masalah perilaku dan edukasi intensif mengenai respons psikofarmaka, efek samping yang mungkin terjadi, dan tinjauan ulang atas seluruh sistem tubuh /organ. Bila intervensi psikofarmaka menjadi kebutuhan, maka dosis mulai diberikan dari dosis terendah yang efektif (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2020).
7. Prinsip intervensi dan tata laksana untuk pasien yang masuk kategori gangguan jiwa ringan, dibutuhkan intervensi psikologik yang disesuaikan dengan usia pasien. Untuk pasien kategori gangguan jiwa sedang hingga berat, dilakukan intervensi kombinasi obat dan psikoterapi. Obat antidepresan generasi baru,

ansiolitik dan *benzodiazepine* dapat diberikan untuk memperbaiki *mood* dan kualitas tidur pasien. Obat antipsikotik generasi kedua/anti psikotik atipikal dapat dipakai untuk memperbaiki gejala psikotik (PP PDSKJI, 2020). Studi psikofarmaka untuk gangguan jiwa pada anak dan remaja dengan Covid-19 masih sangat terbatas. Usulan penatalaksanaan psikofarmaka masih mempergunakan hasil studi pada orang dewasa sehingga masih dibutuhkan penelitian lanjutan mengenai efektivitas dan keamanan medikasi psikofarmaka pada anak dan remaja dengan Covid-19.

Dukungan Psikososial terhadap Kesehatan Mental Anak dan Remaja di Masa Pandemi Covid-19

Kesehatan mental anak dan remaja sangat dipengaruhi oleh sistem keluarga. Pandemi Covid-19 yang terjadi terbukti memengaruhi interaksi dalam keluarga. Peranan orang tua sangat penting untuk menangani kondisi stres yang terjadi pada anak. Peran penting orang tua ini sangatlah membutuhkan kondisi internal orang tua yang optimal secara fisik dan psikologik (Courtney *et al.*, 2020). Dengan demikian, perhatian dan dukungan intensif kepada sistem keluarga ini yang meliputi orang tua, anak remaja, termasuk komunitas menjadi hal yang sangat penting di masa pandemi.

Cara untuk membantu anak dan remaja mengatasi manifestasi psikologik yang terjadi selama masa pandemi adalah melalui intervensi yang mengombinasikan dengan kegiatan belajar, bermain dan beraktivitas sesuai usia perkembangannya, penataan ruangan perawatan yang ramah anak dan remaja, model komunikasi spesifik antara tenaga kesehatan dan pasien anak, juga menyediakan kesempatan untuk anak dapat tetap berinteraksi dengan keluarga dan teman-teman sebayanya (komunikasi daring terkendali).

Dukungan kesehatan jiwa psikososial dan panduan umum penatalaksanaan untuk anak dan remaja (termasuk untuk nonpasien) dalam mengatasi stres selama masa pandemi Covid-19 adalah sebagai berikut (Seksi Psikiatri Anak dan Remaja PDSKJI, 2020; World Health Organization, 2020).

1. Mendengarkan secara aktif dan mengembangkan sikap pengertian dengan anak-remaja Anak-anak kadang menanggapi situasi yang meresahkan dengan cara bersikap manja, tampak gelisah, marah, menyendiri, mengalami mimpi buruk, menunjukkan suasana hati yang berubah-ubah, bahkan mengompol.
2. Membantu anak mendapatkan cara positif dalam mengungkapkan perasaan yang tidak nyaman

- a. Menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung anak dapat mengekspresikan perasaannya.
 - b. Memfasilitasi kegiatan bermain, menggambar, dan kegiatan kreatif akan mempermudah proses ini.
3. Menciptakan lingkungan yang aman, sensitif, dan peduli anak
- a. Menunjukkan kasih sayang dan memberikan tambahan waktu memerhatikan anak dalam masa-masa sulit.
 - b. Bila memungkinkan, dapat menambah waktu bermain bersama dan bersantai bersama anak.
 - c. Orang tua sebaiknya memberikan respons yang mencerminkan kesungguhan hati dengan menyiapkan diri untuk selalu ada di samping anak saat dibutuhkan secara konsisten dan berkesinambungan.
4. Pengelolaan emosi orang tua dan orang dewasa lain
- a. Anak-anak sering terpengaruh dengan cara orang dewasa menanggapi masalah atau krisis, karena itu orang tua dan orang dewasa lainnya perlu mengelola emosi dengan baik, bersikap tenang, mendengarkan kekhawatiran anak, berbicara dengan nada lembut, dan menghibur anak.
 - b. Jika pantas dan sesuai usia, orang tua/pengasuh dapat memeluk anak sambil lebih sering menyatakan bahwa mereka mengasihi dan bangga terhadap anak tersebut.
 - c. Untuk menghindari perasaan *burn-out*, orang tua juga sebaiknya menjaga kesejahteraan jiwanya dengan tetap terhubung dengan teman atau rekan sekerja melalui daring atau media sosial yang ada.
 - d. Menerapkan adanya '*me-time*' atau waktu untuk diri orang tua sendiri, juga penting sehingga bisa merestorasi tenaga yang tersita untuk kegiatan bersama anak dan remaja. Berbagai tugas antara pasangan juga diperlukan sehingga setiap pasangan bisa mempunyai '*me-time*' nya masing-masing.
5. Menciptakan situasi kehidupan yang aman baik secara fisik maupun emosi dengan menerapkan beberapa hal berikut ini.
- a. Memberikan penenteraman, dengan berusaha meyakinkan anak dan remaja bahwa keamanan mereka terjamin di tangan orang tua dan orang tua akan berusaha untuk selalu bersikap netral dan tidak reaktif sehingga anak dan remaja menjadi tenang.
 - b. Memberikan jaminan kepada anak bahwa kebutuhan pangan dan sandang mereka tetap terjamin walaupun dalam kondisi pandemi.

- c. Membantu anak untuk meregulasi stres dengan memvalidasi emosi mereka, misalnya mengatakan “Saya tahu bahwa kondisi sekarang ini bisa membuat kita bingung dan menakutkan, namun sebenarnya kita bisa mengatasinya bersama dengan bermain bersama atau olah raga ringan bersama”.
 - d. Anak dan remaja bisa juga diajak untuk melakukan latihan relaksasi bersama. Selain itu, bisa juga membacakan cerita-cerita bagaimana orang mampu bersikap positif dalam menghadapi situasi pandemi dan keluar sebagai pemenang agar anak dan remaja terus mempunyai harapan yang positif.
 - e. Membantu anak dan remaja menjadi produktif dan sibuk di dalam rumah, yaitu dengan bermain bersama atau menciptakan suasana rekreasi bersama namun dilakukan di dalam rumah atau membuat kerajinan tangan bersama. Kondisi ini penting diperhatikan oleh karena, saat anak atau remaja bosan maka mereka bisa menunjukkan berbagai perilaku yang mengganggu dan dapat meningkatkan kecemasan.
6. Memastikan anak tetap dekat dengan orang tua dan keluarganya
- a. Jika anak harus dipisahkan dari pengasuh utama, perlu dipastikan bahwa anak mendapatkan pengasuh alternatif dan petugas sosial atau yang setara yang dapat sering menengok anak.
 - b. Jika anak terpisah dari pengasuhnya, kontak pada anak harus sering dilakukan baik melalui telepon, komunikasi daring, dengan terus menerus menenangkan anak serta memastikan langkah perlindungan untuk keamanan anak.
7. Menjalankan jadwal dan rutinitas yang teratur
- a. Mengembalikan rutinitas seperti sebelum kejadian pandemi, misalnya untuk jam tidur, waktu makan dan waktu belajar yang sama walaupun tidak melakukan kegiatan di luar rumah namun bisa memberikan kesempatan bermain seperti semula.
 - b. Membantu menciptakan juga aktivitas baru seperti bermain, belajar, dan bersantai.
 - c. Kegiatan belajar dapat disesuaikan dengan kebijakan pemerintah (*daring/online* atau *luring/offline*).
 - d. Pembatasan sosial dan fisik (*social and physical distancing*) bukan berarti isolasi sosial sehingga orang tua atau pengasuh perlu memberikan kesempatan kepada anak dan remaja untuk tetap terhubung dengan teman-teman mereka melalui pemanggilan video (*video-call*) atau *online video-chat* atau mungkin menulis surat untuk teman yang tidak terjangkau dengan media daring.

8. Melatih anak dan remaja untuk membantu dirinya sendiri serta orang di dalam rumah, misalnya melatih mencuci tangan, membersihkan rumah, atau menjadi tenaga sukarela untuk mendukung orang lain melalui daring atau luring (misalnya membuat kartu ucapan untuk orang-orang atau teman-teman), dan sebagainya.
9. Memberikan fakta dan informasi yang jelas yang sesuai untuk anak dan remaja
 - a. Memberikan informasi tentang apa yang terjadi dan apa yang mungkin terjadi dengan jujur sesuai umur anak sambil menenangkannya.
 - b. Memberikan informasi terkait dengan Covid-19 yang tepat sesuai dengan tingkat kemampuan pemahaman anak dan remaja.
 - c. Anak membutuhkan informasi yang mudah dicerna terkait dengan penyebab yang mengubah kehidupan mereka, sehingga mereka bisa memahami situasi yang ada tanpa menimbulkan tekanan lebih banyak. Oleh karena itu, berikan kesempatan kepada anak untuk mencari berbagai informasi yang ramah anak terkait dengan Covid-19 melalui buku, media cetak atau media elektronik.
 - d. Mengenai mengurangi risiko infeksi dan tetap aman dalam bahasa yang dimengerti.
 - e. Mendemonstrasikan protokol kesehatan misalnya cara mencuci tangan.
 - f. Tidak berspekulasi mengenai rumor atau informasi yang belum pasti di dekat anak.
 - g. Orang tua atau pengasuh sebaiknya membatasi anak untuk terpapar lebih jauh dengan media sosial, percakapan orang tua terkait dengan Covid-19 atau media elektronik yang tidak tepat untuk anak, karena hal ini dapat memicu timbulnya stres atau justru memperberat stres yang ada.
10. Mendukung orang dewasa/pengasuh dengan kegiatan untuk anak selama isolasi/karantina di rumah.
 - a. Dalam kegiatan-kegiatan ini sebaiknya tetap menjelaskan tentang virus.
 - b. Menjaga agar anak tetap aktif ketika tidak masuk sekolah.
 - c. Melakukan aktivitas kreatif seperti permainan mencuci tangan dengan lagu, cerita fiktif tentang penjelajahan virus di dalam tubuh, menjadikan pembersihan dan desinfeksi rumah dengan permainan menyenangkan, atau melalui gambar virus/mikroba yang kemudian diwarnai oleh anak, sambil jelaskan alat perlindungan diri (APD) kepada anak agar mereka tidak takut

11. Orang tua mendapatkan edukasi agar dapat segera menghubungi tenaga profesional kesehatan jiwa jika anak dan remaja saat anak dan remaja menunjukkan adanya perubahan perilaku atau emosi yang menetap dan berkepanjangan. Pelayanan kesehatan jiwa bisa melalui daring jika tidak memungkinkan untuk bertatap muka secara langsung.

Penatalaksanaan lainnya untuk meningkatkan kesehatan mental anak dan remaja di masa pandemi adalah sebagai berikut.

1. Intervensi psikologik. Studi meta-analisis mendukung psikoterapi kognitif perilaku, *eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, *narrative exposure therapy* sebagai pilihan intervensi psikologik pada anak dan remaja saat terjadi bencana alam atau bencana akibat kelalaian manusia (Brown *et al.*, 2017 dalam Guessoum *et al.*, 2020) sehingga dapat dipertimbangkan dalam mengatasi gangguan jiwa atau meningkatkan kesehatan mental anak dan remaja di masa pandemi Covid-19.
2. Untuk anak berkebutuhan khusus, seperti adanya kondisi gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas, gangguan spektrum autisme, dan retardasi mental, usaha meningkatkan kesejahteraan mental meliputi: optimalisasi strategi terapi perilaku yang dapat dilakukan di rumah, pengurangan dosis psikofarmaka bila memungkinkan, menentukan jadwal yang teratur di rumah, optimalisasi rumah sebagai sumber berbagai aktivitas dan permainan, memanfaatkan teknologi media sebagai proses pembelajaran termasuk komunikasi daring dengan terapis dan teman sebaya (Palacio-ortiz *et al.*, 2020).
3. Memberikan dukungan psikologik kepada anak maupun kepada orang tua yang meliputi 2 (dua) aspek penting berikut.
 - a. Manajemen psikologik perilaku anak, misalnya: menjamin jadwal tidur yang teratur, menghindari makanan yang tidak sehat, menjamin adanya aktivitas fisik/olahraga, bantuan orang tua dalam proses belajar anak di rumah.
 - b. Cara mengatasi kecemasan dan ekspresi emosi pada anak dan remaja, serta pengaturan kegiatan-kegiatan bersama keluarga. Pemberian psikoedukasi kepada orang tua meliputi upaya orang tua menjaga kondisi emosionalnya tetap stabil, khususnya saat penanganan masalah perilaku anak. Langkah terpenting dalam mengatasi kecemasan pada anak dan remaja dimulai dengan terbangunnya relasi yang baik antara psikiater dan anak-remaja tersebut (Cui *et al.*, 2020).

4. Membantu remaja mengidentifikasi aktivitas-aktivitas yang berharga, terstruktur, dan bermanfaat selama masa pandemi.
5. Membantu remaja untuk mengenali pikiran-pikiran negatif yang dirasakannya seperti pikiran menyalahkan diri sendiri dan perasaan tidak percaya diri. Proses menilai ulang berbagai pikiran yang muncul ini serta usaha mengubah perilaku dapat dilakukan dengan memanfaatkan teknologi digital yang menuntun dan menyediakan intervensi berbasis bukti selama masa beraktivitas di rumah (Loades *et al.*, 2020).
6. Menerapkan model “Pendekatan Sosio-Ekologikal”, yang fokus pada pengurangan perilaku sedentari, peningkatan aktivitas fisik, dan pencapaian kualitas tidur yang baik, di mana orang tua/keluarga melatih anak dan remaja dalam upaya-upaya spesifik sebagai berikut.
 - a. Upaya intra-individual: mengusahakan menemukan aktivitas fisik yang menyenangkan, mengurangi perilaku sedentari dengan beragam aktivitas seperti menari atau berjalan bersama keluarga dan hewan peliharaan, dan membentuk kebiasaan untuk menyediakan waktu sebelum tidur guna menenangkan diri, menerima diri sendiri dan kondisi lingkungan yang terjadi.
 - b. Upaya inter-individual: komunikasi daring untuk melakukan permainan tantangan antar keluarga untuk suatu kegiatan fisik tertentu yang menyenangkan bersama-sama (dilakukan di rumah masing-masing) dan saling mengomunikasikan perasaan antar anggota keluarga untuk mengembangkan perasaan saling terhubung yang dilakukan sebelum tidur.
 - c. Upaya dalam lingkungan rumah: pembatasan waktu terkait paparan layar gawai (*screen time*) termasuk menghentikan aktivitas gawai sebelum tidur.
 - d. Upaya kebijakan/sistem: menyediakan tempat misalnya jalan raya yang ditutup untuk kegiatan fisik namun dengan pembatasan social/menjaga jarak, edukasi intensif mengenai mengatasi perilaku sedentari dan perencanaan jadwal tidur yang baik.

Model pendekatan sosio-ekologikal ini dilakukan bersamaan dengan mengaktifkan rekomendasi perilaku selama 24 jam selama masa pandemi Covid-19: pengaturan jadwal harian yang teratur, aktivitas olahraga fisik minimal 1 jam per hari seperti latihan aerobik seluruh badan, 60 detik gerak badan setiap 1 jam kegiatan duduk, pembatasan paparan layar gawai untuk tujuan rekresional yaitu kurang dari 2 jam per harinya, dan 9 hingga 11 jam waktu tidur tanpa interupsi setiap harinya (Bates *et al.*, 2020).

7. Mengembangkan mekanisme koping yang fokus kepada masalah dan mekanisme koping yang fokus pada kondisi emosi. Mekanisme koping yang fokus kepada masalah akan berkonsentrasi pada berbagai upaya untuk menyelesaikan masalah yang menjadi stresor, sementara mekanisme koping yang fokus pada kondisi emosi akan berkonsentrasi pada berbagai upaya untuk meminimalkan kondisi emosional yang mengganggu melalui bercerita kepada orang lain yang dipercaya, menghindar, atau mengembangkan ketahanan mental dalam menstabilkan kondisi emosi yang terjadi (Duan *et al.*, 2020).
8. Mengembangkan aspek resiliensi pada anak dan remaja. Selama 50 tahun perjalanan penelitian mengenai resiliensi menunjukkan factor-faktor promotif dan pelindung terkait kemampuan adaptasi. Resiliensi muncul dari sistem adaptasi secara umum, misalnya: relasi dekat yang kompeten, orang tua/orang dewasa dan teman yang peduli serta memberikan perhatian, sekolah dan komunitas yang efektif, kesempatan untuk sukses, dan rasa percaya diri.

Sistem dasar secara umum ini dapat menunjang kapasitas pengaturan diri, proses belajar, kemampuan menyelesaikan masalah, motivasi untuk beradaptasi, daya tahan terhadap stres, dan pengharapan. Keluarga, teman sebaya, sekolah, dan komunitas, dalam kesatuan resiliensi multisistem, kesemuanya memiliki peran yang penting, interdependen atau saling bergantung serta menunjang satu sama lain dalam menumbuhkan stabilitas dan pemulihan. Di masa pandemi yang terjadi, kondisi anak dan remaja bergantung pada sistem interdependen ini (Masten, 2001; Masten, 2015; Dvorsky, Breaux & Becker, 2020; Masten and Motti-Stefanidi, 2020). Sistem pelayanan medis perlu memberikan perhatian kepada masing-masing sistem, mulai dari keluarga, teman sebaya, dan komunitas, yang kesemuanya saling terhubung dan mampu menguatkan satu sama lain dalam pengembangan aspek resiliensi.

RINGKASAN

Kondisi pandemi Covid-19 secara signifikan memengaruhi kesehatan mental anak dan remaja. Hal ini terjadi sebagai akibat dari interaksi kompleks berbagai aspek biopsikososial di masa pandemi. Dari aspek biologik pada anak dan remaja, manifestasi klinis dari Covid-19 dapat meliputi manifestasi sistem respirasi dan manifestasi sistemik di luar gejala respirasi sebagai bagian dari *multisystem inflammatory syndrome* pada Covid-19 (MIS-C) sehingga perlu kehati-hatian

untuk menegakkan diagnosis. Proses peradangan yang sistemik pada anak dan remaja menimbulkan risiko terjadinya gangguan proses *neurodevelopmental* yang mengarah pada terjadinya masalah hingga gangguan kognitif, gangguan *mood*, risiko gangguan lanjutan fisiologik, dan berbagai gangguan psikiatrik, yang bahkan mungkin dapat terjadi dalam observasi jangka panjang. Berbagai gejala hingga gangguan jiwa dapat terjadi pada anak dan remaja dengan Covid-19. Dokter dan tenaga kesehatan perlu mewaspadai akan adanya tanda-tanda peringatan awal kemungkinan gangguan jiwa yang perlu diobservasi dalam proses perawatan anak dan remaja dengan Covid-19.

Sementara dari aspek psikososial, perubahan yang terjadi di masa pandemi Covid-19 dapat menjadi risiko tersendiri terkait dengan keterbatasan latihan keterampilan sosial. Pandemi Covid-19 juga dapat menurunkan kualitas kesehatan mental pada anak dan remaja yang sebelumnya telah memiliki kerentanan bahkan kondisi gangguan jiwa tertentu. Beberapa gejala hingga gangguan jiwa tertentu dapat terjadi pada anak dan remaja karena stresor psikososial multifaktor dari pandemi yang terjadi.

Psikiater, khususnya psikiater anak dan remaja merupakan kandidat utama dalam menyediakan penatalaksanaan gangguan jiwa pada anak dan remaja dengan Covid-19 melalui proses komprehensif dalam pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja dengan Covid-19, yang penatalaksanaannya dapat pula dilakukan secara daring/telepsikiatri.

Peranan orang tua sangat penting untuk menangani kondisi stres yang terjadi pada anak. Peran penting orang tua ini sangatlah membutuhkan kondisi internal orang tua yang optimal secara fisik dan psikologik. Seluruh tenaga kesehatan perlu memberikan perhatian dan dukungan intensif kepada sistem keluarga ini, yang meliputi orang tua, anak remaja, termasuk komunitas masyarakat sebagai kesatuan multisistem interdependen, melalui program dukungan kesehatan jiwa dan psikososial yang sangat penting di masa pandemi.

Seluruh tenaga kesehatan perlu mempersiapkan diri, berlatih, dan mampu memberikan dukungan awal kesehatan jiwa dan psikososial kepada anak dan remaja di masa pandemi Covid-19.

Masalah kesehatan mental anak dan remaja yang terjadi di masa pandemi Covid-19 mengarahkan pada kebutuhan akan berbagai studi mengenai evaluasi stresor suatu peristiwa kehidupan bermakna, respons pengasuhan orang tua, respons psikologik anak, dan hubungannya dengan terjadinya kondisi stres, depresi,

adiksi perilaku pada anak dan remaja, dan berbagai masalah kesehatan mental lainnya, termasuk kejadian bunuh diri.

Dibutuhkan studi-studi lanjutan di masa depan dengan tujuan mengetahui dampak pembatasan sosial yang menimbulkan masalah psikologik pada anak dan remaja terhadap konsekuensi jangka panjang kesehatan fisik dan mental, serta usulan penatalaksanaan untuk peningkatan kesehatan mental anak dan remaja pada masa pasca pandemi Covid-19, danantisipasi pada saat adanya kondisi penyebaran penyakit infeksi hingga terjadi wabah dan pandemi lainnya di masa yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020. *Psychopharmacology Issues During COVID-19*. Diakses dari: <https://www.aacap.org/coronavirus>.
- Bates, L. C., Zie, G., Stanford, K. *et al.* 2020. COVID-19 Impact on Behaviors across the 24-Hour Day in Children and Adolescents: Physical Activity, Sedentary Behavior, and Sleep, *Children*, 7(138):1–9. doi: 10.3390/children7090138.
- Burhan, E., Susanto, A., Nasution, S. *et al.* 2020. *Pedoman Tatalaksana COVID-19*. 2nd ed. Jakarta: PDPI, PERKI, PAPDI, PERDATIN, IDAI.
- Cates, D.S., Gomes, P.G. & Krasilovsky, A.M. 2018. Behavioral Health Support for Patients, Families, and Healthcare Workers. Dalam *Bioemergency Planning*. hlm. 195–214. Disunting oleh Hewlett, A & Murthy, A. New York: Springer International Publishing AG. doi: 10.1007/978-3-319-77032-1_16.
- Conti, E., Sgandurra, G., Nicola, G.D. *et al.* 2020. Behavioural and Emotional Changes during COVID-19 Lockdown in an Italian Paediatric Population with Neurologic and Psychiatric Disorders. *Brain Science*, 10(918):1–15. doi: 10.3390/brainsci10120918.
- Cortese, S., Anderson, P., Sonuga-Barke, E. *et al.* 2020. ADHD Management During The COVID-19 Pandemic: Guidance from the European ADHD Guidelines Group. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(6):412–414. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30110-3.
- Courtney, D., Watson, P., Battaglia, M., Mulsant, B.H. & Szatmari, P. 2020. COVID-19 Impacts on Child and Youth Anxiety and Depression: Challenges and Opportunities, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10): 89–691. doi: 10.1177/0706743720935646.
- Cui, Y., Li, Y. & Zheng, Y. 2020. Mental Health Services for Children in China during the COVID-19 Pandemic: Results of An Expert - Based National Survey among Child and Adolescent Psychiatric Hospitals. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(5):5–10. doi: 10.1007/s00787-020-01548-x.

- De Figueiredo, C., Sandre, P.C. & Portugal, L.C.L. 2021. COVID-19 Pandemic Impact on Children and Adolescents: Mental Health: Biological, Environmental, and Social Factors. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 106:1–8.
- De Miranda, D.M., Athanasio, B.D., Oliveira, A., Simoes-e-silva, A.C. *et al.* 2020. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents ?. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51:101845.
- De Souza, T.H., Nadal, J.A., Nogueira, R.J.N., Pereira, R.M. & Brandão, M.B. 2020. Clinical Manifestations of Children with COVID-19: A Systematic Review. *Pediatric Pulmonology*, 55(8):1892–1899. doi: 10.1002/ppul.24885.
- Dong, H., Yang, F., Lu, X. & Hao, W. 2020. Internet Addiction and Related Psychological Factors Among Children and Adolescents in China During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11(9):1–9. doi: 10.3389/fpsy.2020.00751.
- Duan, L., Shao, X., Wang, Y. *et al.* 2020. An Investigation of Mental Health Status of Children and Adolescents in China during The Outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275:112–118. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.029.
- Dvorsky, M. R., Breaux, R. & Becker, S. P. 2020. Finding Ordinary Magic in Extraordinary Times: Child and Adolescent Resilience during The COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1:1–3. doi: 10.1007/s00787-020-01583-8.
- Golberstein, E., Wen, H. & Miller, B. 2020. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics*, 174(9):819–820. doi: 10.1002/hep.3885.
- Guessoum, S., Lachal, J., Radjack, R. *et al.* 2020. Adolescent Psychiatric Disorders during The COVID-19 Pandemic and Lockdown. *Psychiatry Research*, 291(113264):1–6.
- Isumi, A., Doi, S., Yamaoka, Y., Takahashi, K. 2020. Do Suicide Rates in Children and Adolescents Change during School Closure in Japan? The Acute Effect of The First Wave of COVID-19 Pandemic on Child and Adolescent Mental Health. *Child Abuse and Neglect*, 110(104680):1–5.
- Jefsen, O.H., Rohde, C. & Østergaard, B.N.S.D. 2020. Editorial Perspective: COVID-19 Pandemic-Related Psychopathology in Children and Adolescents with Mental Illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(6):798–800. doi: 10.1111/jcpp.13292.
- Jiang, L., Tang, K., Levin, M. *et al.* 2020. COVID-19 and Multisystem Inflammatory Syndrome in Children and Adolescents. *Lancet Infect Dis*, 20(11):e276–e288. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30651-4.

- Kementerian Kesehatan RI. 2020. *Panduan Kesehatan Balita Pada Masa Pandemi Covid-19 bagi Tenaga Kesehatan*. Edisi Pertama. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kempuraj, D., Selvakumar, GP., Ahmed, ME. *et al.* 2020. COVID-19, Mast Cells, Cytokine Storm, Psychological Stress, and Neuroinflammation. *Neuroscientist*, 26(5–6):402–414. doi: 10.1177/1073858420941476.
- Loades, M.E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N. *et al.* 2020. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11):1218–1239. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009.
- Masten, A.S. & Motti-Stefanidi, F. 2020. Multisystem Resilience for Children and Youth in Disaster : Reflections in the Context of COVID-19. *Adversity and Resilience Science*, 1:95–106. doi: 10.1007/s42844-020-00010-w.
- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R. & Subramaniam, S.S. 2020. Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents : A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8479):1–19. doi: 10.3390/ijerph17228479.
- Orsini, A., Corsi, M., Santangelo, A. *et al.* 2020. Challenges and Management of Neurological and Psychiatric Manifestations in SARS-Cov-2 (COVID-19) Patients. *Neurological Sciences*, 41(9):2353–2366. doi: 10.1007/s10072-020-04544-w.
- Palacio-ortiz, J.D., Londo, J.P., Nanclares-márquez, A., Robledo-rengifo, P. & Quintero-cadavid, C.P. 2020. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 49(4):279–288. doi: 10.1016/j.rcp.2020.05.006.
- PP PDSKJI. 2020. *Panduan Penatalaksanaan untuk Psikiater yang Bertugas di Layanan Kesehatan Jiwa di Era Pandemi COVID-19*. Jakarta: PP PDSKJI.
- Roy, D., Ghosh, R., Dubey, S. *et al.* 2020. Neurological and Neuropsychiatric Impacts of COVID-19 Pandemic. *Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien des Sciences Neurologiques*, 5(8):1–16. doi: 10.1017/cjn.2020.173.
- Satuan Tugas COVID-19, PPIDAI. 2020. *Panduan Klinis Tata Laksana COVID-19 pada Anak*. 3rd edn. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Seksi Psikiatri Anak dan Remaja PDSKJI. 2020. *Rekomendasi untuk Mendukung Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja di Masa Pandemi COVID-19*. Jakarta: PDSKJI.
- World Health Organization. 2020. *Helping Children Cope with Stress during the 2019-nCoV Outbreak*. Jenewa: WHO.

PANDEMI COVID-19 DAN KESEHATAN MENTAL USIA LANJUT (GERIATRI)

13

Erikavitri Yulianti, Marlina S. Mahajudin, Andini Dyah Sitawati

PENDAHULUAN

Covid-19 yang mulai muncul pada akhir 2019 di Wuhan dan sangat cepat menyebar ke seluruh dunia sehingga berkembang menjadi pandemi memberikan perubahan besar bagi seluruh umat manusia serta menimbulkan kondisi *distress* yang dapat mengancam homeostasis seseorang. Hal ini disebabkan jumlah penderita yang sangat banyak, angka kematian yang tinggi dan masifnya pemberitaan media, di sisi lain hingga saat ini belum ditemukan suatu pedoman manajemen Covid 19 yang paling mujarab. Ketidakpastian terhadap kondisi ini membuat pilihan kita tidaklah banyak selain harus segera menyesuaikan diri dan beradaptasi dengan Covid-19.

Pada lansia (orang yang berusia lebih dari 60 tahun menurut Permenkes No. 79 Tahun 2014) penyesuaian terhadap Covid-19 bukanlah hal mudah. Beberapa faktor yang menghambat antara lain: penurunan kondisi fisik, fleksibilitas mental yang menurun, kristalisasi ciri kepribadian, kurangnya dukungan social, dan perubahan peran yang harus dialami lansia. Hal ini akan berdampak pada terjadinya maladaptasi yang berujung pada meningkatnya angka ketergantungan, meningkatnya angka gangguan mental dan menurunnya kualitas hidup lansia (Banerjee, 2020). Dari penjelasan yang ada dapat disimpulkan bahwa lansia adalah kelompok rentan pada masa pandemi ini. Lansia tidak punya pilihan

selain mematuhi peraturan diantaranya “*stay at home*”. Mungkin bagi lansia yang sebelumnya tidak banyak beraktivitas di luar rumah, pada awalnya belum terasa, bahkan mungkin merasa sangat menyenangkan karena berkumpulnya keluarga di dalam rumah. Menyenangkan karena merasa utuh seluruh keluarganya, menikmati kebersamaan yang telah lama diidamkannya. Seiring dengan berlalunya waktu, dampak negatif mulai terasa antara lain *privacy* yang dimilikinya sudah mulai terganggu; berkurangnya waktu untuk diri sendiri; keterbatasan melakukan hobi dengan tenang; tidak dapat minum teh sambil berbincang santai bersama teman-teman lama; para cucu yang mendapat guru yang kurang sabar di muka gawainya, semua tidak seindah dulu lagi. Keadaan ekonomi keluarga yang merosot tajam dikeluhkan juga oleh sebagian lansia. Tabungan yang sudah direncanakan untuk dinikmati di usia senja perlahan lahan terkikis. Sebuah penelitian di China menyatakan bencana Covid-19 menyebabkan kenaikan tajam gangguan emosi yang negatif seperti kecemasan, depresi, dan kemarahan yang bersamaan dengan turunnya emosi yang positif di masyarakat (Mukaetova-Ladinska & Kronenberg, 2020).

Merawat pasien geriatri (orang yang berusia lebih dari 60 tahun dan memiliki 2 penyakit atau lebih atau orang yang berusia lebih dari 70 tahun dengan satu penyakit menurut Permenkes No. 79 Tahun 2014) sangat tidak mudah, selain mereka adalah kelompok yang rentan, kondisi emosi dan penurunan kognisi menyebabkan mereka sukar menerima instruksi atau tampak “membandel” untuk menjalankan instruksi pemerintah untuk pencegahan seperti memakai masker, mencuci tangan dan menjaga jarak (3M). Hilangnya sebagian kemampuan sensasi panca indra menyebabkan mereka tidak peka terhadap perubahan akibat Covid-19 itu sendiri, misalnya anosmia. Perubahan lingkungan yang dialami oleh para pasien selama pandemi ini menyebabkan perubahan perilaku yang akan memperberat kerja para *caregivers*. Risiko akan tertular pasien geriatri ke para *care givers*-nya akan menyebabkan lingkaran setan yang sangat berbahaya (Devita *et al.*, 2020).

Lansia yang seharusnya menerima perawatan paliatif yang sempurna, selama pandemi ini menjadi kurang terawat, akibatnya dapat terjadi *unfinished business*, *grieving*, atau fase duka cita yang lama dan dilanjutkan depresi yang berat apalagi kalau yang mendahului adalah mereka adalah orang yang berusia lebih muda dan selama ini menjadi *support* kelompoknya (Goveas & Shear, 2020).

BERBAGAI HAL YANG DAPAT DIALAMI LANSIA PADA MASA PANDEMI COVID-19

Berikut berbagai kondisi yang kemungkinan besar dapat dialami oleh lansia di masa pandemi Covid-19 saat ini berdasarkan pendapat para ahli dalam beberapa studi berikut.

Mengalami Isolasi Sosial dan Kesepian

Pada hakikatnya manusia adalah makhluk sosial, di mana keterlibatan sosial sangat diperlukan untuk saling memenuhi kebutuhan, mentransfer emosi dan menguatkan harga diri bahwa ia masih diperlukan oleh orang lain. Isolasi sosial yang dialami seseorang merupakan kondisi yang sangat berlawanan dengan kebutuhan seorang manusia, di mana akan berakibat meningkatnya perasaan kesepian, tidak dihargai yang dapat berujung pada timbulnya afek negatif (depresi, cemas), meningkatnya ketidakpuasan dalam hidup, merasa malu akan dirinya, dan menyiksa diri sendiri (Yulianti, 2020).

Cacioppo *et al.* mengamati bahwa terjadi peningkatan prevalensi kesepian pada populasi yang makin terhubung secara digital dalam interaksinya (Boulazreg & Rokach, 2020). Hal ini haruslah kita cermati lebih dalam, terutama pada masa pandemi ini. Covid-19 telah mengubah cara hidup dan cara pandang umat manusia di seluruh belahan dunia. Hubungan erat antara manusia yang dulu dilakukan sebagai upaya pemenuhan diri seutuhnya, saat ini diketahui akan meningkatkan tingkat penularan Covid-19 sehingga harus dibatasi. Hal ini berlaku pada seluruh golongan; termasuk lansia, sehingga potensi terjadinya isolasi sosial dan kesendirian akan semakin meningkat.

Penting sekali mengenali lansia yang mengalami isolasi sosial dan kesepian. Gejala yang sering muncul adalah kehilangan minat, seperti malas melakukan hobi/kesenangannya, malas melakukan aktif tas rutin harian, lebih senang menghabiskan waktu di dalam rumah dibanding biasanya, lekas marah, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, dan banyak keluhan nyeri yang tidak khas (Yulianti, 2020).

Langkah penting yang harus dilakukan keluarga adalah mendorong lansia agar lebih terlibat secara sosial dengan aman dan tetap memperhatikan protokol kesehatan dari pemerintah yaitu 5M (memakai masker, mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir, menjaga jarak, menjauhi kerumunan, membatasi mobilisasi dan interaksi). Salah satu solusi yang ditawarkan adalah menggunakan teknologi digital agar lansia tetap terhubung satu sama lain. Pada lansia hal ini merupakan

hal yang besar karena memerlukan proses adaptasi yang kompleks, mengingat kemunduran kognitif yang dialami dan penurunan kemampuan sensoriknya. Proses belajar menggunakan teknologi dalam berkomunikasi/berinteraksi social membutuhkan dukungan dan bantuan dari lingkungan terdekatnya, yaitu keluarga. Perlu memahami bahwa lansia memerlukan proses belajar yang berulang-ulang, lambat, telaten serta mengondisikan gawai dalam posisi huruf yang cukup besar sehingga mudah dibaca. Dengan demikian, diharapkan perasaan terisolasi dan kesepian dapat berkurang dan lansia tetap mempunyai kualitas hidup yang baik.

Pada kondisi ini, umumnya penggunaan obat psikotropika ditunda dengan mengoptimalkan komunikasi dan intervensi psikososial lebih dahulu. Apabila dengan pendekatan non farmakologi hasilnya tidak optimal atau terjadi perburukan gejala, maka perlu dilakukan asesmen ulang dan mempertimbangkan ulang diagnosis medik dan terapi farmakologi (Boulazreg & Rokach, 2020)

Gangguan Mood

Spektrum gangguan *mood* pada lansia ditandai dengan gangguan dalam regulasi emosional, kognitif, perilaku atau somatik dan terkait dengan gangguan fungsional yang signifikan serta penurunan kapasitas untuk merasakan kebahagiaan. Gangguan *mood* yang terjadi pada lansia pada situasi pandemic Covid-19 dapat terjadi dalam tiga bentuk, yaitu: gangguan penyesuaian dengan reaksi cemas depresi, gangguan suasana perasaan (depresi) dan gangguan *mood* akibat kondisi fisiknya.

Gangguan Penyesuaian dengan Reaksi Cemas dan Depresi

Hal ini dapat terjadi sebagai respons terhadap perubahan lingkungan yang begitu masif, antara lain harus menjalankan instruksi pemerintah untuk memutus mata rantai penularan Covid-19, banyaknya pemberitaan di media massa yang dipersepsikan buruk bahkan menakutkan, menerima kenyataan bahwa orang yang disayangi atau orang yang dekat dengannya telah terpapar Covid-19. Adanya stresor yang dipersepsikan secara subjektif dan kerentanan lansia menyebabkan perlu penyesuaian yang sayangnya tidak selamanya berjalan dengan mulus.

Manifestasi dari gangguan ini mencakup afek depresif, kecemasan, perasaan tidak berdaya. Gejala-gejala ini muncul dalam waktu singkat-segera setelah mengalami stresor dan substansi pembicaraan yang menyertai perubahan afek itu masih erat terkait dengan stresor tersebut, misalnya akibat dipindahkan dari rumah, harus terpisah dari pengasuh karena anak-anak takut dirinya tertular Covid-19,

meninggalnya teman/keluarga akibat Covid-19 dan masih banyak lagi keluhan yang mungkin timbul. Gejala awal yang parah sering terjadi bergelombang, bayangan peristiwa sedih disertai perasaan pilu. Pada umumnya, bila pasien bisa ditenangkan maka gejala akan berkurang dan menghilang dengan sendirinya. Apabila gejala berkelanjutan, biasanya lansia akan jatuh ke dalam kondisi depresi yang membutuhkan penanganan lebih lanjut.

Gangguan Depresi

Menegakkan diagnosis gangguan suasana *mood* ini perlu anamnesis dan observasi yang cermat. Anamnesis ditujukan untuk mencari hubungan antara stresor dengan perubahan *mood* serta fluktuasi/labilitas *mood* yang seirama dengan gangguan fungsi kognisi terutama daya ingat dan daya konsentrasi. Pada lansia jangan lupa melakukan heteroanamnesis kepada orang yang sehari-hari bersamanya untuk mengetahui lebih detail mengenai perubahan perilaku yang seirama dengan perubahan *mood*-nya. Keluhan nyeri yang diberikan lansia juga harus dianalisis kesesuaian antara anatomi dermatom yang mempersarafi keluhan nyeri tersebut. Selain *mood*, gangguan ini juga menyebabkan perubahan aktivitas harian dalam menjalankan fungsi sosial maupun pekerjaannya.

Gejala gangguan depresi pada lansia menurut DSM 5 sebagai berikut.

1. Perasaan sedih yang sudah berlangsung selama 2 minggu atau lebih.
2. Merasa tidak berdaya atau putus asa.
3. Merasa hidupnya hampa.
4. Kehilangan minat pada aktivitas yang tadinya rutin dilakukan atau hobinya
5. Kehilangan kepercayaan diri (khawatir menjadi beban keluarga, merasa diri sendiri tidak berguna).
6. Penurunan daya ingat dan konsentrasi.
7. Agitasi psikomotor atau retardasi psikomotor yang berat.
8. *Fatigue*.
9. Gangguan tidur (sulit memulai tidur, tidur tidak nyenyak, tidur berlebihan, mengantuk sepanjang hari).
10. Kurangnya motivasi dan merasa tidak ada energi.
11. *Social withdrawal* dan isolasi sosial (enggan bergaul, enggan melakukan aktivitas dan hobi, mengurung diri di rumah).
12. Kehilangan nafsu makan dan penurunan berat badan.

13. Mengabaikan perawatan diri (mengabaikan *personal hygiene*, tidak minum obat yang seharusnya diminum untuk kesehatan dirinya).
14. Kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan.
15. Adanya ide kematian atau percobaan bunuh diri (biasanya berupa menolak makan, minum obat ataupun diajak berobat ke dokter).

Gejala gangguan depresi pada lansia dan gangguan pada fisiknya seringkali tumpang tindih, misalnya *chronic fatigue syndrome*, gangguan tidur, malnutrisi. Lansia yang sakit parah atau cacat sering berfokus pada pikiran tentang kematian atau ketidakberdayaan, tetapi itu bukan bunuh diri. Selain itu efek samping obat untuk penyakit lain mungkin merancukan dengan gejala depresinya.

Penatalaksanaan depresi pada lansia pada masa pandemi ini haruslah holistik, bukan hanya semata-mata dengan obat. meliputi terapi farmakologis dan terapi non farmakologis.

Prinsip terapi farmakologis adalah *start low go slow* dan harus memperhatikan respons individual. Jangan lupa mengawasi efek samping obat dan interaksi dengan obat lain yang juga dikonsumsi. Tidak ada antidepresan khusus untuk lansia, akan tetapi dari penelitian yang telah dilaksanakan penggunaan obat pada golongan *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI) lebih sering dipilih karena efek samping yang relatif minimal dibandingkan kelompok lain.

Selain itu, perlu mengoptimalkan terapi non-farmakologis antara lain memastikan asupan makanan dan cairan yang cukup, waspada dengan risiko bunuh diri dan jangan lupa menyelesaikan masalah psikososial yang ada (konflik dalam keluarga, masalah keuangan, dan sebagainya) atau bila terjadi dukacita. Bila diperlukan dapat juga dilakukan psikoterapi meliputi psikoterapi individual, terapi kognitif perilaku atau terapi keluarga. Hal lain yang juga terbukti bermanfaat pada kondisi ini adalah memberikan terapi kerja (*modified occupational therapy*) yang menyenangkan, seperti bernyanyi, berkebun, *pet therapy*, dan sebagainya.

Gangguan Mood Berkaitan dengan Kondisi Fisiknya

Telah dikatakan bahwa Covid-19 ini dapat menyerang saraf pusat atau mengganggu fungsi otak melalui gangguan sistemik. Yang paling ditakuti pada gangguan ini adalah terjadinya kerusakan permanen di otak, karena bila itu yang terjadi maka gangguan mood dapat menjadi permanen pula dan gejala tergantung lokasi dan besarnya lesi. Demensia memiliki kemungkinan terjadinya *behavioral psychological symptoms of dementia* (BPSD); di mana juga ada komponen

gangguan *mood*. Cara menegakkan diagnosis gangguan *mood* akibat gangguan medis ini adalah dengan membuktikan apakah ada gangguan fungsi kognitif minimal yang mendahului gangguan *mood* atau terjadi segera setelah adanya gangguan di otak (lebih dijelaskan di bab gangguan mental organik). Prinsip penatalaksanaan gangguan ini pada dasarnya sama dengan gangguan *mood* lain, hanya harus lebih memperhatikan interaksi obat serta karakteristik perjalanan penyakit dasarnya.

Gangguan Kecemasan

Baik proses penuaan maupun stres psikologis, termasuk respons terhadap Covid-19, dapat memengaruhi sistem imunitas seseorang. Hal ini akan berdampak besar pada kesehatan fisik. Lebih buruk lagi, efek stres dan usia bersifat interaktif. Stres psikologis dapat memperburuk dampak penuaan. Ketidakpastian mengenai perjalanan pandemi Covid-19 disertai kerentanan yang dialami lansia akan berakibat meningkatnya tingkat kecemasan seseorang, apalagi bila karakter kepribadian sebelumnya adalah seorang yang pemikir, dependen, dan pencemas. Kecemasan ini bukan merupakan bagian dari proses penuaan yang normal dan sangat mengganggu sehingga harus ditangani sedini mungkin untuk tetap mendapatkan kualitas hidup yang baik.

Gejala gangguan cemas pada lansia adalah sebagai berikut.

1. Sulit bernapas.
2. Gemetaran (*shakiness*).
3. Iritabilitas.
4. Pusing (*dizziness, light headedness*).
5. Sakit kepala.
6. Berkeringat dingin.
7. Gangguan pencernaan (mual).
8. Perubahan berat badan, nafsu makan, atau kebiasaan makan.
9. Nyeri dada.
10. Gangguan penglihatan.
11. Ketegangan otot.
12. *Fatigue*.
13. Bingung.
14. Pikiran irasional.
15. Pikiran yang menakutkan.

16. Mudah lupa.
17. Sering mimpi buruk.
18. Gangguan tidur (tidur terlalu banyak atau sedikit tidur).
19. Menghindari aktivitas, tempat, orang atau pikiran yang memicu rasa cemas.
20. Tidak mau keluar rumah (menarik diri dan isolasi sosial).
21. Pikiran yang berulang-ulang (*obsessive thoughts*) dan perilaku kompulsif.
22. Penyalahgunaan zat.

Gangguan kecemasan pada lansia dapat didiagnosis ketika seseorang mengalami kecemasan atau kekhawatiran berlebihan di hampir setiap hari dalam seminggu selama setidaknya enam bulan. Selain itu didapatkan tiga atau lebih gejala tambahan, seperti kegelisahan, kelelahan, kesulitan berkonsentrasi atau gangguan tidur. Tidak semua gejala tersebut diatas harus dirasakan seluruhnya oleh seorang lansia agar bisa didiagnosis sebagai gangguan cemas. Pasien lansia dengan gangguan kecemasan umum cenderung mengalami gejala fisik yang lebih banyak dan biasanya gangguan emosional tidak terlalu intens.

Jika seorang lansia mengalami salah satu atau beberapa gejala tersebut di atas, maka sebaiknya segera dibawa ke dokter untuk diperiksa lebih lanjut karena gejalanya dapat memburuk serta dapat menurunkan daya tahan tubuh dan menimbulkan berbagai masalah kesehatan lain jika tidak segera ditangani.

Obat-obatan mungkin bukan pilihan terbaik untuk lansia karena ia cenderung lebih rentan terhadap efek samping. Terapi kognitif dan perilaku merupakan psikoterapi lini pertama yang baik untuk mengobati gangguan kecemasan pada lansia.

Gangguan Tidur (Insomnia)

Kondisi kehidupan yang serba sulit ini akibat pandemi akan berpengaruh pada pola tidur dan ritme sirkadian. Padahal kita tahu bahwa kualitas tidur yang baik sangat penting untuk mampu mengatasi krisis dan ketidakpastian masa depan ini secara adaptif.

Fisiologi tidur pada orang lanjut usia (lansia) berubah secara signifikan. Pada umumnya gejalanya yang ada adalah lebih sulit untuk memulai tidur, lebih banyak terjaga di tempat tidur meskipun sudah berbaring di atas tempat tidur, waktu total untuk tidur, dan kualitas tidur berkurang. Gangguan tidur pada lansia ini sering dikaitkan dengan adanya penurunan daya ingat, gangguan konsentrasi dan timbulnya gangguan pada fungsi aktivitas sehari-hari lansia tersebut. Adanya

gangguan tidur pada lansia ini juga berkontribusi pada peningkatan risiko jatuh, peningkatan risiko terjadinya kecelakaan, dan timbulnya *chronic fatigue*.

Prinsip tata laksana insomnia pada lansia adalah mengoptimalkan terapi non-farmakologis terlebih dahulu. Bila hasilnya kurang optimal, bisa dipikirkan untuk memberikan terapi farmakologis.

Sebagai langkah awal, kita dapat mengajarkan higiene tidur yang baik pada lansia, keluarga dan pengasuh sebagai berikut.

1. Pertahankan jadwal rutin untuk bangun dan tidur, bahkan di akhir pekan.
2. Hindari tidur siang lebih dari 30 menit (tidur siang singkat selama 30 menit atau kurang dapat membantu meningkatkan kewaspadaan mental dan suasana hati).
3. Terlibat dalam olahraga teratur dan pada kegiatan bersama anggota keluarga lain.
4. Hindari stimulan (nikotin dan kafein) terutama menjelang malam hari.
5. Berikan lingkungan tidur yang nyaman (cahaya redup, tidak bising, kamar tidur bersih dan sejuk).
6. Gunakan kamar tidur untuk tidur dan hindari melakukan aktivitas lain, seperti makan, menonton TV atau terlibat dengan perangkat elektronik lainnya.
7. Hindari makan besar dan alkohol sebelum tidur.

Terapi farmakologis dapat dipertimbangkan jika insomnia berlanjut setelah mengoptimalkan terapi non farmakologis dan intervensi perilaku. Jangan menghentikan intervensi non-farmakologis bila akhirnya diberikan terapi obat. Jangan lupa menjelaskan mengenai manfaat serta efek samping obat yang dipilih. Pedoman saat ini menyarankan untuk memulai dengan obat dari golongan non-benzodiazepin seperti zolpidem. Bila kurang memberikan hasil yang memuaskan maka dapat diberikan golongan benzodiazepine sesuai target simptom yang ada.

Demensia

Meskipun sebagian besar orang dapat disembuhkan dari Covid-19, ternyata terdapat efek jangka terhadap fungsi kognitif yang dapat terjadi, seperti masalah ingatan atau konsentrasi dan komplikasi kognitif lainnya. Covid-19 dapat menyebabkan meningkatkan kerusakan otak dan meningkatkan risiko demensia.

Demensia adalah suatu sindrom berupa kehilangan ingatan, bahasa, pemecahan masalah, dan kemampuan berpikir lainnya dalam derajat yang cukup parah sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari. Pada kondisi pandemi ini orang

dengan demensia berisiko lebih besar untuk tertular Covid-19 karena kesulitan mengingat ataupun melakukan hal-hal baru, seperti lupa mencuci tangan, lupa/tidak mau memakai masker, tidak menjaga jarak dengan orang lain dan sebagainya. Demensia sering menyebabkan perubahan perilaku dan beberapa orang mungkin menunjukkan tingkat agitasi atau agresi yang lebih tinggi selama masa orang harus tinggal di rumah pada masa pandemi Covid-19. Hal ini mungkin disebabkan oleh pembatasan dalam aktivitas rutin sebelumnya atau rasa kesepian akibat berkurangnya jumlah orang yang mengunjunginya dan lansia dengan demensia cenderung tidak memahami mengapa saat ini harus ada perubahan dalam kehidupannya (Chee, 2020).

Langkah yang dapat dilakukan untuk membantu lansia dengan demensia pada kondisi ini adalah memberikan bimbingan dan informasi yang memadai bagi keluarga dan pengasuh tentang bagaimana mendukung penderita demensia baik secara praktis maupun emosional, misalnya bagaimana mengatur aktivitas harian di rumah dan membuat lansia tetap aktif, memastikan pola makan yang baik, dan jika memungkinkan sesekali ajak menghirup udara segar. Hal lain yang tak kalah penting ialah memastikan pengobatan tetap berjalan dan sedapat mungkin memelihara kontak sosial dengan orang lain melalui telepon atau secara virtual dan ingatkan untuk jangan lupa menjaga kesehatan serta kebutuhan mereka sendiri (Alonso-Lana *et al.*, 2020).

Delirium

Dampak langsung Covid-19 pada gangguan mental lansia dapat terjadi secara langsung dengan mengganggu fungsi maupun struktur otak atau mengganggu sistemik dahulu sehingga akibat perubahan inilah fungsi otak terganggu. Gangguan mental dapat disebabkan oleh virus itu sendiri tetapi kemungkinan dapat juga akibat medikasinya, berupa efek samping atau interaksi dengan obat yang digunakan (Cipriani *et al.*, 2020).

Gangguan akut yang sering terjadi pada lansia adalah delirium. Poloni *et al.* (dalam Wang, 2020) *me-review* 57 penghuni semacam panti wredha yang terpapar SARS-CoV-2, menemukan bahwa 38,7% dari subjek mengalami delirium pada awal sakitnya. Delirium yang hipoaktif (52,45%) lebih banyak dari yang hiperaktif (47,6%). Prevalensi delirium meningkat selaras dengan peningkatan usia. Lansia dengan demensia sedang dan berat memiliki prevalensi lebih tinggi dari mereka dengan demensia tahap lanjut. Mereka yang mengalami delirium saat awal terpapar mengalami angka kematian yang lebih tinggi dari Pada kondisi ini, hubungan erat

pasien dengan keluarga/pengasuhnya harus dipererat karena mereka berperan sebagai ujung tombak perawatan; akan tetapi jangan melupakan kondisi kesehatan dan keamanan dari dokter serta keluarga lansia. Bilamana memang pasien geriatri perlu diisolasi maka pemanfaatan teknologi, seperti harus dilakukan sesering mungkin secara bergantian antar anggota keluarga (Wang, 2020).

Chronic Fatigue Syndrome

Butler *et al.* (2020) menyatakan juga bila tidak berhati-hati dalam penanganan fase akut Covid-19 maka akan terjadi apa yang disebut sebagai *long Covid*, di mana yang banyak didapatkan selama dan setelah perawatan di rumah sakit adalah gejala lelah berkepanjangan yang membuat seseorang begitu tidak berdaya (*disabling fatigue*) dan juga banyak didapatkan gangguan fungsi kognitif. *Fatigue* adalah keadaan di mana terjadi kelelahan yang disertai kelemahan bagian tubuh atau mental, yang kisarannya mulai dari letargi seluruh tubuh hingga kondisi yang lebih spesifik yaitu kelemahan atau sensasi rasa terbakar dari otot yang dicetuskan oleh aktivitas tertentu. *Physical fatigue* menyebabkan seseorang setelah dirawat dengan Covid-19 tidak dapat melakukan pekerjaannya yang ditekuninya sebelum sakit. *Mental fatigue* lebih terlihat sebagai gejala somnolen menurut DSM 5.

Penegakan diagnosis dari keadaan lelah ini adalah ditemukannya keluhan dan gejala yang persisten setelah serangan Covid-19. Serangan ini dapat berjam-jam dan sehari-hari, akan tetapi berbeda dengan reaksi konversi yang juga ada pada lansia. Rasa lelah ini tidak akan terpengaruh oleh kedatangan atau tercapainya keinginan lansia. Pada gangguan konversi didapat gejala meningkat di muka orang yang disukai atau diharapkannya sebagai bentuk menarik perhatian (*attention seeking*) dan menghilang bila keinginannya terpenuhi. Dasar kepribadian pasien, aktivitas keseharian, gaya, dan juga tujuan hidup merupakan parameter pembanding untuk menegakkan diagnosis sindrom ini (Brewer & Stratton, 2020).

Gangguan Obsesi Kompulsi

Lansia yang dahulunya seorang dengan ciri pemikir, apalagi dengan dasar kepribadian yang cenderung perfeksionis, sering menjadi terobsesi dengan berita-berita tentang buruknya dampak pandemi Covid-19 ini. Preokupasi pada Covid-19 dan segala dampaknya dapat menjadi gangguan obsesi, di mana pikiran-pikiran buruk datang dengan sendirinya, tidak dapat ditahan dan sangat mengganggu fungsi keseharian dan fungsi sosialnya. Yang sangat memperburuk keadaan adalah bila disertai perbuatan berulang-ulang yang disebut kompulsi.

Hal lain yang lebih harus dicermati lebih dalam adalah gangguan obsesi kompulsi dapat berkomorbid dengan depresi dan salah satu diagnosis bandingnya adalah sindroma orbitofrontal, yang tidak menutup kemungkinan merupakan gangguan neuropsikiatrik akibat Covid-19 (Fineberg *et al.*, 2020).

MEMBANTU LANSIA MELEWATI PANDEMI COVID-19

Sering kali lansia menyembunyikan perasaan kesepian/kesendiriannya dan menyamarkan dengan mengeluh mengenai kondisi fisiknya, mengeluh tidak nyaman, kelelahan, merasa cemas dan tegang, serta menghindari kontak dengan orang lain. Hal ini dikenal dengan istilah *painful self-disclosure*. Menyadari hal tersebut maka langkah awal yang harus dilakukan adalah mengoptimalkan komunikasi dengan lansia, dengan demikian kita akan dapat mengetahui kebutuhannya, keinginan dan kesulitan yang dirasakan serta mengurangi risiko adanya *unmet need*. Berikut adalah beberapa tip berkomunikasi dengan lansia.

1. Mengurangi bicara di tempat yang ramai/bising.
2. Memastikan adanya kontak mata.
3. Menyapa lansia dengan menyebutkan namanya.
4. Berbicara jangan terlalu cepat dan jangan terlalu keras/berteriak.
5. Memberikan kesempatan lansia untuk dapat membaca gerak bibir kita.
6. Menggunakan bahasa yang sederhana.
7. Membagi isi pembicaraan agar lansia tidak bingung
8. Kombinasikan antara bahasa verbal dan nonverbal.
9. Perhatikan jarak ketika berbicara, jangan terlalu jauh ataupun dekat.

Salah satu hal penting yang sering terlewatkan oleh kita semua pada masa sulit ini adalah memelihara komunikasi antar generasi. Padahal semakin kohesifnya struktur masyarakat; lansia- dewasa-remaja-anak-anak-balita, akan membuat kita semakin solid dalam berjuang melewati pandemi Covid-19. Komunikasi antar generasi yang baik akan berlanjut pada kolaborasi antar generasi pada kegiatan sehari-hari sehingga akhirnya terjadi pembelajaran sosial pada masyarakat, termasuk mampu mengenali masalah kesehatan lansia, mau merawat lansia dalam keluarga serta memodifikasi lingkungan fisik sehingga lansia bisa beradaptasi dengan kondisinya (Monin *et al.*, 2020).

Prinsip umum kegiatan yang dapat dilakukan lansia adalah meningkatkan keterampilan sosial, menguatkan dukungan social serta melakukan dengan

pendekatan kognitif agar otonomi lansia tetap terjaga. Metode yang dapat dipilih antara lain melatih manajemen diri, menemani lansia (*befriending*) serta melakukan intervensi berbasis aktivitas dan komunitas. Ada banyak cara menghubungkan lansia dengan lingkungan, akan tetapi pada masa pandemi ini, semua itu tidaklah mudah. Langkah awal yang dapat kita lakukan adalah mulai dari keluarga, awali dengan *family table talk*. Senantiasa ikut sertakan lansia dalam aktivitas keluarga, ajaklah bercerita dan beraktivitas bersama (Ntsama Essomba *et al.*, 2020).

Beberapa jenis kegiatan yang dapat mungkin dapat menjadi ide untuk mengatasi kesendirian/kebosanan lansia sebagai berikut.

1. Berkebun.
2. Memasak atau membuat kue.
3. Mengerjakan kegiatan yang berhubungan dengan kreativitas.
4. Bermain *games*.
5. *Mentoring* (meminta lansia mengajarkan keterampilan/keahlian yang dimiliki).
6. Menyanyi.
7. Membacakan buku.
8. Mengajarkan teknologi kepada lansia untuk bertemu dengan teman atau keluarga jauh.
9. Memfasilitasi lansia bertemu dengan teman lama atau keluarga besar secara virtual.
10. Beribadah bersama.
11. Makan malam bersama.
12. Menonton TV atau film bersama dengan anggota keluarga lain.
13. Olahraga bersama.

INOVASI DAN DUKUNGAN PEMERINTAH

Kondisi pandemi Covid-19 yang masih menyisakan ketidakpastian ini membuat seluruh elemen bangsa berespons dan beradaptasi secara cepat. Perlu kerja sama lintas sektoral dengan norma baru menyikapi masalah yang dihadapi lansia, antara lain memikirkan cara yang aman bagi lansia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, memodifikasi pelaksanaan kegiatan bagi lansia, seperti posyandu lansia, karang wredha, dan lain-lain.

Cara yang dikembangkan beberapa dekade yang lalu terasa tidak tepat untuk saat ini. Model interaksi dan komunikasi yang lebih baru, misalnya,

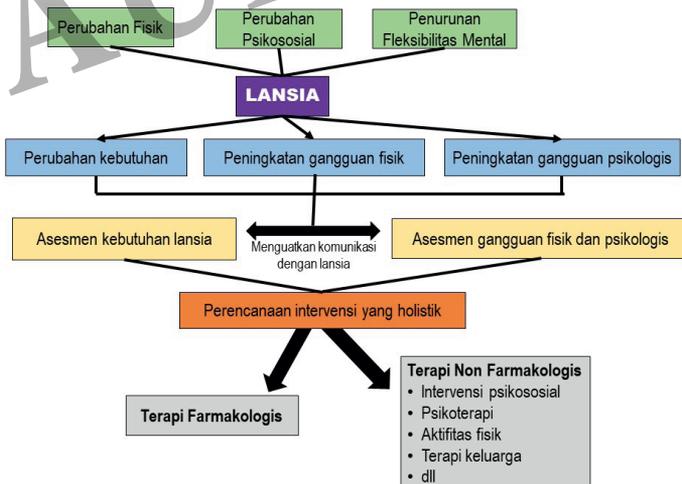
media sosial, pesan instan, *video call/ video conference* dapat dipertimbangkan untuk mengatasi isolasi sosial pada lansia, akan tetapi jangan lupa untuk tetap mendasarkan pada etika dan pertimbangan hukum terhadap penggunaan teknologi (Nkodo *et al.*, 2020)

RINGKASAN

Lansia adalah salah satu kelompok yang rentan dalam masa pandemi Covid-19 ini sehingga diperlukan perhatian serta dukungan ekstra dalam membantu mereka agar tetap sehat dan hidupnya tetap berkualitas. Gambar 13.1 mencoba menjelaskan mengenai dampak penuaan yang dialami lansia serta perubahan yang mengikutinya. Penting sekali memahami kebutuhan lansia pada saat tertentu dan melakukan asesmen gangguan apa yang dialaminya, baik secara fisik dan psikologis dengan cara mengoptimalkan komunikasi dengannya; menjadikan lansia subjek-bukan objek. Dengan demikian, kita mampu menyusun intervensi yang sesuai secara komprehensif, termasuk pada kondisi pandemi saat ini.

Berikut diperinci poin-poin sebagai ringkasan dalam bab ini.

1. Pasien geriatri adalah lansia dengan usia di atas 60 tahun yang memiliki 2 penyakit atau lebih atau lansia berusia 70 tahun dengan 1 penyakit.
2. Lansia akibat proses penuaannya sudah rentan terhadap penyakit ditambah mitos bahwa normal bila lansia sakit-sakitan, membuat lansia dan keluarga



GAMBAR 13.1 Alur perencanaan intervensi holistik terhadap lansia pada pandemi Covid-19

acap kali tidak waspada terhadap upaya pencegahan dan adanya gejala dini Covid-19.

3. Merawat pasien geriatri harus dilakukan oleh tim interdisiplin dengan mengombinasikan terapi farmakologis dan terapi non-farmakologis.
4. Keluarga dan pengasuh lansia adalah ujung tombak perawatan lansia, sehingga sejak awal mereka harus dilibatkan terutama bila pengasuhan berada di rumah atau di panti.
5. Gangguan selama pandemi Covid-19 bervariasi dari gangguan penyesuaian sebagai reaksi psikologis, gejala Covid-19 yang dapat mengganggu sistem saraf pusat atau melalui gangguan sistemik yang mengganggu fungsi di otak dan dalam perjalanannya dapat menjadi kronis bahkan permanen.
6. Apapun perubahan mendadak dari pikiran, *mood*, dan perilaku pada lansia harus diperiksa dan diawasi dengan ketat.

DAFTAR PUSTAKA

- Almeria, M., Cejudo, J. C., Sotoca, J. *et al.* 2020. Cognitive profile following COVID-19 infection: Clinical predictors leading to neuropsychological impairment. *Brain, Behavior, & Immunity - Health* 9:100163. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100163>
- Alonso-Lana, S., Marquié, M., Ruiz, A. & Boada, M. 2020. Cognitive and neuropsychiatric manifestations of COVID-19 and effects on elderly individuals with dementia. *Frontiers in aging neuroscience*, 26(12):588872. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.588872>
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Publishing
- Baker, H.A., Safavynia, S.A. & Evered, L. A. 2021. The 'third wave': impending cognitive and functional decline in COVID-19 survivors. *British Journal of Anaesthesia*, 126(1):44-47. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.09.045>
- Banerjee, D. 2020. The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12):1466-1467. <https://doi.org/10.1002/gps.5320>
- Boulazreg, S. & Rokach, A. 2020. The Lonely, Isolating, and Alienating Implications of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *Healthcare*, 8(4):413. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040413>
- Brewer, G. & Stratton, K. 2020. Living with Chronic Fatigue Syndrome during lockdown and a global pandemic. *Fatigue: Biomedicine, Health and Behavior*, 8(3):144-155. <https://doi.org/10.1080/21641846.2020.1827503>

- Chee, S.Y. 2020. COVID-19 Pandemic: The Lived Experiences of Older Adults in Aged Care Homes. *Millennial Asia*, 11(3): 299–317. <https://doi.org/10.1177/0976399620958326>
- Cipriani, G., Danti, S., Nuti, A. *et al.* 2020. A complication of coronavirus disease 2019: delirium. *Acta Neurologica Belgica*, 120(4):927–932. <https://doi.org/10.1007/s13760-020-01401-7>
- Essomba, M.J.N., Nzana, V., Noubiap, J.J. *et al.* 2020. The Follow-Up and Well-Being of Geriatric Outpatients During COVID-19 Pandemic in Cameroon: Insights From the Yaounde Central Hospital. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6:1-6. <https://doi.org/10.1177/2333721420959242>
- Fineberg, N. A., Van Ameringen, M., Drummond, L. *et al.* 2020. How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the Europe. *Comprehensive Psychiatry*, 100:152174. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152174>
- Goveas, J.S. & Shear, M.K. 2020. Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10):1119–1125. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>
- Monin, J. K., Ali, T., Syed, S. *et al.* 2020. Family Communication in Long-Term Care During a Pandemic: Lessons for Enhancing Emotional Experiences. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12):1299–1307. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.09.008>
- Nkodo, J. A., Camus, V. & Fougère, B. 2020. Ethical Issues in the Management of Patients With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia During COVID-19 Containment: Examples From Institutions in France. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12):1332–1333. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.10.001>
- Wang, H. 2020. Delirium: A suggestive sign of COVID-19 in dementia. *EClinicalMedicine*, 26:100524. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100524>
- Wilson, B.A., Betteridge, S. & Fish, J. 2020. Neuropsychological consequences of Covid-19. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(9):1625-1628. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1808483>
- Wood, S.J., Allen, N.B. & Pantelis, C. 2009. *The neuropsychology of mental illness*. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Yulianti, E. 2020. Isolasi sosial pada lansia pada masa pandemic covid 19. Dibacakan di pertemuan virtual Pertemuan Ilmiah Tahunan (PIT) Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesi (PDSKJI). Disruptive innovation in psychiatry research, practice and policy to make mental health care affordable and accessible. 5,6,11,12,13,19,20 Desember 2020.

GANGGUAN MENTAL PERILAKU AKIBAT ZAT DAN PERILAKU ADIKTIF SEBAGAI DAMPAK PSIKOLOGIS PANDEMI COVID-19

Utari Dyah Kusumawardhani, Hendy Muagiri Margono

PENDAHULUAN

Penyakit menular akibat virus *Corona* (*Coronavirus disease*/Covid-19) pertama kali ditemukan pada bulan Desember 2019 di Wuhan, Cina. Penyebaran virus ini telah menimbulkan kegawatdaruratan global. Moda transmisi penularan utama adalah melalui kontak erat dengan orang lain, kerap melalui droplet respiratori. Individu yang terinfeksi dapat bermanifestasi tanpa gejala, ada pula yang menunjukkan gejala respiratori ringan hingga yang progresif dan berpotensi menyebabkan kematian (Ellepola, 2020). Gejala Covid-19 di antaranya adalah demam, kelelahan, batuk kering, nyeri otot, dan sesak napas. Yang membedakan virus *Corona* dari jenis virus yang lain adalah penyebarannya yang sangat cepat dan angka mortalitas yang relatif tinggi (Chodkiewicz *et al.*, 2020). Pada saat tulisan ini dibuat, Februari 2021, di dunia tercatat sebanyak lebih dari 113.000.000 orang terinfeksi virus *Corona* dan lebih dari 2.500.000 orang telah meninggal dunia (WHO, 2021).

Situasi pandemi ini merupakan sebuah krisis yang dirasakan oleh sejumlah besar individu dan dapat mengarah pada gangguan psikologis. Lebih dari sepertiga penduduk Amerika melaporkan tekanan psikologis tingkat tinggi pada bulan-bulan pertama pandemi (Keeter, 2020). WHO menetapkan Covid-19 sebagai suatu pandemi global sehingga saat ini karantina wilayah diberlakukan di banyak negara. Individu yang terpapar diharuskan untuk melakukan isolasi mandiri di rumah atau di fasilitas karantina yang telah disediakan oleh pemerintah (Brooks *et al.*, 2020).

Di Indonesia, pemerintah telah mengeluarkan status darurat bencana terhitung sejak tanggal 29 Februari 2020. Langkah-langkah telah dilakukan oleh pemerintah untuk dapat menyelesaikan kasus luar biasa ini, salah satunya adalah dengan mensosialisasikan gerakan *social distancing*. Konsep ini menjelaskan bahwa untuk dapat mengurangi bahkan memutus mata rantai infeksi Covid-19 seseorang harus menjaga jarak aman dengan manusia lainnya minimal 2 meter, dan tidak melakukan kontak langsung dengan orang lain serta menghindari pertemuan massal (Buana, 2020). Pada Februari 2021, Indonesia melaporkan kasus konfirmasi Covid-19 sebanyak lebih dari 1.300.000 kasus dan lebih dari 35.000 orang telah meninggal dunia (Komite Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional, 2021).

Situasi tanggap darurat dalam penanggulangan wabah Covid-19 melibatkan anjuran *social distancing* dengan cara bekerja di rumah, belajar di rumah, dan beribadah di rumah sejak 15 Maret 2020; serta pemberlakuan karantina bagi mereka yang terdampak Covid-19. Pada April 2020, pemerintah Indonesia memberlakukan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) sebagai respons terhadap meningkatnya jumlah kasus Covid-19 di tingkat nasional. Selama PSBB, transportasi publik, fasilitas umum dan tempat wisata dibatasi atau bahkan ditutup (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Berdasarkan telaah ilmiah dari *The Lancet*, pengalaman karantina dapat memberikan dampak psikologis yang signifikan, termasuk bagi Pasien Dalam Pengawasan (PDP) maupun Orang dalam Pemantauan (ODP) (HIMPSSI, 2020).

Dampak psikologis negatif dari karantina dapat menimbulkan gangguan psikiatri spektrum luas dengan derajat keparahan yang bervariasi, terutama gangguan dalam konsentrasi, kecemasan, depresi, insomnia, agresi dan konflik interpersonal (Chodkiewicz *et al.*, 2020). Penyebab stres meliputi durasi karantina yang panjang, rasa takut akan terpapar virus *Corona*, frustrasi, kebosanan, kurangnya pasokan, kurangnya informasi, kerugian finansial, dan stigma (Brooks *et al.*, 2020).

Para ahli telah berspekulasi bahwa stres dan karantina akibat Covid-19 akan berdampak pada peningkatan frekuensi dan derajat keparahan masalah kesehatan mental, termasuk penyalahgunaan zat (Columb, Hussain & O'Gara, 2020). Dibutuhkan usaha yang keras untuk beradaptasi terhadap situasi yang tidak menentu serta menghadapi emosi-emosi yang tidak menyenangkan dari pandemi Covid-19. Efek inhibisi dari alkohol dan zat psikoaktif lainnya terhadap sistem saraf telah diketahui secara luas. Hal ini mengakibatkan keduanya kerap

digunakan oleh individu yang ingin terbebas dari emosi-emosi yang tidak menyenangkan, stres, kecemasan dan depresi (Chodkiewicz *et al.*, 2020). Sebuah studi yang dilakukan oleh USA Nielsen Company pada bulan Maret 2020 menemukan adanya peningkatan penjualan alkohol melalui *online* sebesar 240% (Micallef, 2020).

Konsekuensi dari isolasi sosial dan terbatasnya akses ke pusat layanan detoksifikasi menimbulkan distress psikologis, memaksa penyalahguna zat menggunakan obat psikotropik alternatif yang diperoleh melalui pasar *online* ilegal (Zaami, Marinelli & Vari, 2020). Pandemi Covid-19 juga memberi dampak buruk terhadap status mental masyarakat umum yang dapat menimbulkan risiko penyalahgunaan alkohol, sedatif dan perilaku adiktif lainnya (Du *et al.*, 2020).

Pandemi Covid-19 meningkatkan ketergantungan terhadap internet. Akibat dari beban mental yang berat dan ketidakmampuan koping reguler dalam mengatasinya, sebagian besar masyarakat akan beralih pada internet sebagai mekanisme koping mereka. Steam, sebuah distributor *game* ternama melaporkan bahwa saat ini didapatkan lebih dari 20 juta pengguna aktif, angka tertinggi selama 16 tahun terakhir. Didapatkan 82% dari masyarakat di China yang kerap menggunakan media sosial selama masa pandemi. Informasi dan paparan terhadap media sosial yang berlebihan akan meningkatkan kerentanan akan adiksi internet, yaitu adanya kompulsivitas, preokupasi, dan ketergantungan terhadap internet yang mengarah pada timbulnya gangguan dan *distress*. Didapatkan 14,4% orang Indonesia dewasa yang mengalami adiksi internet selama periode pandemi Covid-19 dan isolasi mandiri (Siste *et al.*, 2020).

Di sini penulis ingin memberi gambaran bahwa *distress* psikologis akibat menghadapi pandemi Covid-19 yang tidak menentu dapat menimbulkan dampak psikologis yang serius, khususnya dalam risiko penyalahgunaan zat dan perilaku adiktif (adiksi internet) sehingga sangatlah penting untuk memastikan terapi rutin dan efektif pada penderita penyalahguna zat dan adiksi lainnya tetap berlanjut, mengurangi risiko relaps, dan mencegah timbulnya kasus baru selama pandemi ini.

DAMPAK PANDEMI COVID-19 TERHADAP PENYALAHGUNAAN ZAT DAN PERILAKU ADIKTIF

Pandemi Covid-19 memberi dampak terhadap penderita gangguan mental dan perilaku akibat zat maupun perilaku adiktif lainnya, baik dari segi fisik maupun

mental. Dari segi fisik, penggunaan alkohol dan zat lain merugikan penderita pada pandemi Covid-19. Terdapat dampak fisik langsung dari penggunaan zat inhalan terhadap saluran napas yang berkaitan dengan perburukan prognosis Covid-19. Merokok menurunkan kualitas sistem imunitas serta respons terhadap infeksi, mengakibatkan perokok rentan terkena penyakit infeksi (Vardavas & Nikitara, 2020). Penggunaan stimulasi meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, yang merupakan faktor risiko utama mortalitas pada infeksi Covid-19 (Marsden *et al.*, 2020). WHO menyatakan bahwa peningkatan konsumsi alkohol dapat menyebabkan individu rentan terhadap prognosis buruk terkait Covid-19 (WHO, 2020). Hal ini disebabkan penggunaan alkohol dalam waktu lama dapat mensupresi imunitas tubuh. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa penderita adiksi lebih rentan terhadap dampak fisik dari infeksi Covid-19 (Columb, Hussain & O’Gara, 2020).

Dampak pandemi Covid-19 terhadap kesehatan mental perlu mendapat perhatian khusus, terutama terkait penderita adiksi. Peningkatan level kecemasan dan stres pada masyarakat, adanya isolasi serta konsekuensi fisik dari adiksi memegang peranan penting pada kambuhnya penyalahgunaan zat dan perilaku adiksi (Columb, Hussain & O’Gara, 2020).

Covid-19 menimbulkan dampak yang serius dan komprehensif pada masyarakat. Terdapat dua stresor yang harus diatasi, yaitu menghadapi dampak pandemi dan harus menjalani karantina di rumah. Hal ini memberi dampak negatif terhadap kesehatan mental dalam berbagai tingkatan. Mereka yang terdampak kerap menunjukkan gejala ketegangan, kekhawatiran, ketakutan, depresi dan *distress*. Jika tidak ditangani dengan baik, masalah emosional ini dapat meningkatkan risiko penyalahgunaan zat dan perilaku adiksi.

Studi menunjukkan bahwa ketika dalam kondisi stres, penyalahgunaan zat yang telah abstinen cenderung mengembangkan emosi negatif yang merupakan prakondisi untuk kembali pada pola perilaku sebelumnya sebagai sebuah bentuk mekanisme koping. Sebagai contoh, mereka mengurangi kecemasan, depresi atau insomnia melalui konsumsi rokok, alkohol, bahkan obat-obatan secara berlebihan, di mana perilaku ini akan mengarah pada relaps atau eksaserbasi dari kondisi saat ini. Bagi penderita yang saat ini sedang mengalami masalah adiksi, jumlah dan frekuensi penggunaan zat akan meningkat karena mereka menghadapi situasi yang penuh tekanan (Du *et al.*, 2020).

Isolasi dan *social distancing* dapat mengarah pada peningkatan penyalahgunaan alkohol, relaps dari ketergantungan alkohol serta potensi timbulnya gangguan

mental perilaku akibat alkohol (Clay & Parker, 2020). Pada saat *lock down* dalam pandemi Covid-19, konsumsi alkohol dapat menyebabkan eksaserbasi kerentanan kesehatan, perilaku berisiko, masalah kesehatan mental dan kekerasan (WHO, 2020). Depresi, isolasi sosial, rasa bosan, dan kesepian juga merupakan pemicu yang signifikan terhadap adiksi judi (Ledgerwood & Petry, 2006). Meski tempat perjudian ditutup dan kegiatan olahraga berskala besar ditunda, namun popularitas judi *online* meningkat secara signifikan selama pandemi Covid-19 (Narayan, 2020).

Kombinasi meningkatnya kecemasan dan stres akibat Covid-19, isolasi yang disebabkan oleh pemberlakuan *social distancing* serta ketersediaan alkohol dan judi *online* selama masa pandemi akan berkontribusi terhadap masalah gangguan mental yang dialami oleh pasien adiksi (Columb, Hussain & O’Gara, 2020).

Kelangkaan ketersediaan zat-zat yang umum disalahgunakan, ditambah dengan sulitnya keluar rumah untuk mencari zat tersebut, mendorong para penyalahguna untuk menyalahgunakan obat-obatan psikoaktif seperti benzodiazepin. Pandemi Covid-19 dapat menimbulkan modifikasi pola penyalahgunaan zat. Sebagai tambahan, dalam masa karantina ini, pengguna mungkin tidak lagi mencari zat dengan tujuan ‘bersosialisasi’ dalam *setting* rekreasi, namun lebih mengarah pada obat psikotropika yang memiliki efek menenangkan seperti opioid untuk digunakan sendiri (Zaami, Marinelli & Vari, 2020).

Akibat dari kebijakan *social distancing*, individu beralih pada internet untuk menjalankan rutinitas harian mereka, mulai dari kegiatan belajar, mengadakan pertemuan, kegiatan ibadah serta bersosialisasi. Covid-19 telah meningkatkan intensitas ketergantungan terhadap internet, membanjiri masyarakat dengan berita-berita yang tidak benar (*hoax*) yang dapat menimbulkan kecemasan dan kepanikan.

Beberapa studi terkini menunjukkan bahwa rasa takut terhadap Covid-19 dan periode karantina yang memanjang dapat membuat individu mengalami gejala ansietas dan depresi. Aktivitas *online* rekreasi kerap menjadi mekanisme koping untuk mengatasi kecemasan dan mengurangi *mood* depresif. Namun, penggunaan internet yang berlebihan akan menimbulkan eksaserbasi ansietas dan depresi serta meningkatkan kompulsi penggunaan internet, mengembangkan suatu mekanisme koping yang maladaptif. Pembatasan Sosial Berskala Besar mendorong penggunaan internet untuk terhubung secara virtual dalam setiap sisi aktivitas harian, yang berdampak pada meningkatnya paparan terhadap internet. Sebuah studi di Indonesia menunjukkan bahwa terdapat peningkatan durasi

penggunaan internet sebesar 52% selama pandemi Covid-19 dan hampir semua responden menggunakan telepon genggam untuk mengakses internet. Prediktor adiksi internet adalah durasi online yang memanjang, motivasi yang spesifik dalam penggunaan jenis aplikasi (media sosial dan *game* adalah yang utama), serta penggunaan internet untuk mencari informasi. Penemuan ini sejalan dengan laporan dari penyedia layanan komunikasi di Indonesia akan peningkatan *broad band traffic* selama pandemi (Siste *et al.*, 2020).

Meningkatnya penggunaan internet dan *smartphone* selama masyarakat bekerja dan bersekolah dari rumah di masa pandemi Covid-19 akan meningkatkan risiko adiksi terhadap *game* internet, video singkat, novel dan komik *online*, bahkan pornografi *online* serta konten-konten lain yang bersifat disruptif (Du *et al.*, 2020).

MACAM DIAGNOSIS GANGGUAN MENTAL PERILAKU AKIBAT ZAT DAN PERILAKU ADIKTIF

Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat adalah suatu penyakit otak kronis dan kambuhan yang dicirikan dengan keinginan yang kuat untuk menggunakan zat (*craving*), tingkat kekambuhan yang tinggi serta proporsi komorbiditas yang tinggi dengan gangguan fisik dan mental lainnya (Du *et al.*, 2020).

Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat merupakan gangguan yang bervariasi luas dan berbeda keparahannya (dari intoksikasi tanpa komplikasi dan penggunaan yang merugikan sampai gangguan psikotik yang jelas dan demensia) diakibatkan oleh penggunaan satu atau lebih zat psikoaktif. Identifikasi dari zat psikoaktif yang digunakan dapat dilakukan berdasarkan data laporan individu, analisis obyektif dari spesimen urine, darah, dan lainnya serta tambahan bukti lain misalnya adanya sampel obat yang ditemukan pada pasien, tanda dan gejala klinis, atau dari laporan pihak ketiga. Selalu dianjurkan untuk mencari bukti yang menguatkan lebih dari satu sumber, yang berkaitan dengan penggunaan zat.

Berikut adalah macam diagnosis yang termasuk dalam gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif menurut ICD X (Maslim, 2013).

1. F10. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol.
2. F11. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan opioida.
3. F12. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kanabinoida.

4. F13. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan sedativa atau hipnotika.
5. F14. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kokain.
6. F15. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan stimulansia lain termasuk kafein.
7. F16. Gangguan dan perilaku akibat penggunaan halusinogenika.
8. F17. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan tembakau.
9. F18. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan pelarut yang mudah menguap.
10. F19. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat multipel dan penggunaan zat psikoaktif lainnya.

Kode empat dan lima karakter dapat digunakan untuk menentukan kondisi klinis seperti intoksikasi akut, *harmful use*, sindrom ketergantungan dan sebagainya.

Menurut DSM-5, terdapat beberapa kategori utama diagnosis penyalahgunaan zat yang dijelaskan sebagai berikut.

1. Gangguan penggunaan zat
Sebuah pola maladaptif penggunaan zat yang mengarah pada gangguan klinis atau *distress*, ditandai dengan dua atau lebih gejala berikut dalam periode 12 bulan terakhir.
 - a. Penggunaan zat berulang yang mengakibatkan kegagalan untuk menjalankan peran kewajiban di tempat bekerja, sekolah, rumah (misalnya: sering membolos atau performa kerja yang buruk akibat penggunaan zat, abai terhadap perawatan anak dan pekerjaan rumah tangga).
 - b. Penggunaan zat berulang dalam situasi yang membahayakan (misalnya: mengemudi mobil atau mengoperasikan mesin ketika sedang dalam pengaruh penggunaan zat).
 - c. Terus menggunakan zat meski kerap mengalami masalah sosial atau interpersonal sebagai dampak penggunaan zat (misalnya: argumentasi dengan pasangan mengenai dampak intoksikasi, terlibat dalam perkelahian).
 - d. Toleransi, ditandai dengan meningkatnya jumlah zat yang dibutuhkan untuk mendapat efek yang diharapkan atau hilangnya efek yang diperoleh dengan penggunaan jumlah zat yang sama.
 - e. Sindroma putus zat.

- f. Zat digunakan dalam jumlah yang lebih besar dan dalam waktu yang lebih lama daripada seharusnya.
- g. Terdapat keinginan yang persisten untuk menggunakan zat serta kegagalan usaha untuk mengurangi atau mengendalikan penggunaan zat.
- h. Sebagian besar waktu dihabiskan untuk aktivitas mendapatkan dan menggunakan zat, serta memulihkan diri dari dampak penggunaan zat.
- i. Kegiatan sosial, okupasional dan rekreasional penting ditinggalkan akibat penggunaan zat.
- j. Penggunaan zat tetap dilakukan meski telah diketahui menimbulkan masalah fisik dan psikologis.
- k. Adanya dorongan yang kuat untuk menggunakan zat spesifik tertentu.

2. Intoksikasi zat

Diagnosis ini untuk menggambarkan sindroma yang dicirikan oleh tanda dan gejala akibat penggunaan zat terkini. Terdapat perubahan psikologis dan perilaku maladaptif sebagai dampak penggunaan zat pada sistem saraf pusat yang timbul pada saat atau segera setelah penggunaan zat.

3. *Withdrawal* zat

Diagnosis ini untuk menggambarkan sindroma akibat penghentian mendadak penggunaan zat setelah pemakaian dalam jumlah banyak dan jangka panjang. Sindroma terkait zat spesifik ini menimbulkan gangguan signifikan dalam fungsi sosial, okupasional dan fungsi penting lainnya (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015).

Kriteria diagnosis untuk gangguan adiksi *game* internet dalam DSM-5 meliputi beberapa hal berikut.

1. Preokupasi dengan *game* internet (individu memikirkan aktivitas bermain *game* sebelumnya atau bersiap untuk bermain *game* berikutnya; bermain *game* internet menjadi aktivitas predominan dalam kehidupan sehari-hari).
2. Gejala *withdrawal* ketika internet dihentikan (seperti iritabilitas, cemas dan sedih).
3. Toleransi (kebutuhan peningkatan jumlah waktu dalam bermain *game* internet untuk mendapatkan kepuasan yang sama).
4. Kegagalan dalam usaha untuk mengendalikan atau mengurangi partisipasi dalam bermain *game online*.
5. Hilangnya minat dalam kegiatan yang sebelumnya disukai, kecuali bermain *game online*.

6. Terus menggunakan internet berlebihan meski mengetahui dampak negatif masalah psikososial.
7. Berbohong pada anggota keluarga, terapis atau orang lain terkait jumlah waktu yang dihabiskan untuk bermain *game* internet.
8. Menggunakan game internet untuk menghindari atau memperbaiki *mood disforik*.
9. Hilang atau memburuknya relasi, pekerjaan, pendidikan akibat penggunaan internet.

Dibutuhkan adanya 5 atau lebih dari gejala-gejala yang telah disebutkan di atas dalam 12 bulan terakhir, dikombinasikan dengan penggunaan internet yang persisten, maladaptif, dan berulang (American Psychiatric Association, 2013).

TATA LAKSANA GANGGUAN MENTAL PERILAKU AKIBAT ZAT DAN PERILAKU ADIKTIF

Berikut berbagai usulan preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam tata laksana gangguan mental dan perilaku akibat zat dan perilaku adiktif:

Preventif

Imbauan dari pemerintah untuk tetap tinggal di rumah, pembatasan jam malam, karantina dan *lock down* untuk mencegah penyebaran virus *Corona* menimbulkan stres pada masyarakat, yang dapat mengarah pada gangguan mental perilaku akibat zat dan perilaku adiktif lainnya. Beberapa strategi dapat dilakukan untuk meningkatkan imunitas, mengurangi konflik interpersonal dan mencegah terjadinya stres, di antaranya adalah sebagai berikut.

1. Meluangkan waktu untuk diri sendiri

Mengusahakan mencari waktu untuk bersantai. Relaksasi akan membantu meningkatkan kesehatan psikologis. Emosi-emosi yang menimbulkan *distress* akibat isolasi sosial dapat berkurang secara efektif dengan aktivitas latihan pernapasan atau relaksasi. Waktu bersantai ini dapat diisi dengan kegiatan menonton film atau mendengarkan lagu yang menenangkan. Hal ini akan memberi waktu untuk terlepas sejenak dari stres dan kecemasan.

2. Bersosialisasi

Manusia adalah makhluk sosial. Namun, kehidupan sosial sulit untuk dipelihara pada situasi di mana *sosial distancing* lebih penting untuk dilakukan. Pada saat

ini, teknologi sangatlah membantu untuk berkomunikasi satu dengan yang lain. Media sosial, layanan panggilan video dan telepon memudahkan individu untuk tetap terhubung dengan lingkungan sosial secara virtual, di mana hal ini akan meningkatkan kesehatan mental.

3. Melakukan olahraga

Aktivitas fisik yang teratur akan mengurangi hormon stres dan meningkatkan endorfin. Hal ini sangat berguna untuk memelihara kesehatan fisik dan mental. Gaya hidup bermalasan sebisa mungkin dihindari selama periode *stay at home*.

4. Beraktivitas di dalam ruangan

Aktivitas seperti bermain catur, kartu, ular tangga, sudoku, membaca buku, dan lainnya merupakan cara yang baik untuk menjalani masa karantina. Hal ini akan mengurangi stres dan rasa bosan, serta meningkatkan fungsi kognitif. Strategi ini juga dapat membantu untuk menghilangkan keinginan untuk minum alkohol atau merokok.

5. Beraktivitas di luar ruangan

Meluangkan waktu di luar rumah dapat meningkatkan imunitas dan mengurangi stres akibat Covid-19. Menyatu dengan alam dapat memperbaiki suasana perasaan. Hal ini dapat berupa aktivitas berkebun, merawat hewan peliharaan seperti burung, ikan, dan lainnya.

6. Memiliki jadwal terstruktur

Memiliki jadwal yang terstruktur sangat penting untuk mencegah terjadinya demotivasi. Memiliki rutinitas kegiatan harian, aktivitas fisik, aktivitas bersantai, bersosialisasi akan membuat tetap berkegiatan. Hal ini akan memudahkan ketika nantinya akan kembali pada pekerjaan normal.

7. Mengembangkan hobi

Hobi akan membuat hari-hari yang dilalui menjadi produktif dan sibuk. Sebagian besar individu, sebelum masa pandemi, tidak memiliki waktu untuk melakukan hobi. Aktivitas seperti memasak, melukis, membaca, menulis akan membuat kita selalu berkegiatan. Menata kembali koleksi masa kecil seperti koin, perangko, botol parfum juga dapat dilakukan. Hasil karya dapat diunggah pada sosial media untuk kepuasan diri. Strategi ini akan membuat waktu terasa berlalu dengan lebih cepat (Ellepola, 2020).

8. Program pencegahan untuk adiksi internet dijelaskan oleh Kurniasanti *et al.* (2019) sebagai berikut.

a. Peraturan dan regulasi di rumah

- Batasi durasi penggunaan gawai untuk keperluan *entertainment*, yaitu anak usia 18–24 bulan sebaiknya tidak menggunakan gawai sama sekali, usia prasekolah maksimal 1 jam per hari, usia sekolah dasar dan remaja dapat menggunakan gawai namun tidak meninggalkan kegiatan penting seperti olahraga minimal 1 jam per hari, makan teratur, dan tidur malam yang cukup.
 - Hindari bermain *game online* lebih dari 3 jam per hari karena akan menimbulkan masalah emosional, gangguan perilaku prososial, dan menurunkan kepuasan hidup pada anak-anak.
 - Tidak disarankan meletakkan gawai dan internet akses di kamar anak-anak.
 - Tidak disarankan menggunakan gawai atau bermain *game online* setengah jam sebelum waktu tidur.
 - Batasi durasi dan konten akses internet anak-anak.
- b. Supervisi orang tua atau orang dewasa lain terhadap penggunaan media anak-anak
- Sebelum bermain *game online* dan mengakses internet, buat perjanjian terkait durasi penggunaan.
 - Ajari anak-anak “bagaimana cara menggunakan gawai dan menghentikannya”.
 - Sediakan waktu untuk melakukan evaluasi dan *monitoring* penggunaan gawai dan internet antara orang tua dan anak.
- c. Peran sekolah dan guru dalam mencegah adiksi internet
- Sekolah perlu mengadakan seminar mengenai “cara menggunakan internet dengan bijak”, “masalah adiksi internet” bagi guru, siswa dan orang tua.
- d. Peningkatan keterampilan *parenting*
- Meningkatkan komunikasi anak dan orang tua.
 - Meningkatkan jumlah waktu yang dihabiskan bersama orang tua dan anak.
 - Orang tua sebaiknya mengetahui aktivitas *online* anak-anak mereka sehingga penggunaan internet dapat disesuaikan berdasarkan pengetahuan dan kebutuhan.
 - Orang tua memandu anak-anak untuk mengalihkan perhatian mereka pada aktivitas-aktivitas bermanfaat yang tidak memerlukan internet.

- Bicaralah dengan anak-anak mengenai stres yang mereka alami. Bila didapatkan adanya kecemasan atau depresi maka segera mencari pertolongan profesional (Jorgenson, Hsiao & Yen, 2016).

Kuratif

Perilaku adiktif tidak dapat serta merta berubah, namun melalui beberapa rangkaian tahapan. Terdapat 5 tahap yaitu prekontemplasi, kontemplasi, preparasi, aksi, dan pemeliharaan. Aliansi terapeutik akan meningkat ketika pendekatan tata laksana disesuaikan dengan tahapan kesiapan penderita untuk berubah (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015).

Untuk melakukan tata laksana gangguan mental perilaku akibat penggunaan zat, seorang dokter perlu memahami dasar dari ketergantungan, jenis obat-obatan yang berpotensi menimbulkan ketergantungan, serta pentingnya motivasi dari diri pasien (Raistrick, 1998). Berikut adalah beberapa modalitas terapi dalam penanganan gangguan mental dan perilaku akibat zat dan perilaku adiktif lainnya.

Psikofarmaka

1. Detoksifikasi

Langkah awal detoksifikasi adalah melakukan pemeriksaan fisik menyeluruh untuk memastikan tidak adanya gangguan medis yang berat. Langkah berikutnya memastikan penderita mendapat istirahat yang cukup, nutrisi yang adekuat, vitamin dan obat-obatan simtomatik (analgesik, antipiretik).

- Psikotropika
- Naltrexone, disulfiram untuk adiksi alkohol
- Metadon, buprenorfin untuk adiksi opioid
- Bupropion untuk adiksi nikotin
- Pada kondisi *withdrawal* alkohol ringan dan sedang, dapat digunakan golongan benzodiazepin, baik yang *short-acting* (contoh: lorazepam), maupun yang *long-acting* (contoh: diazepam). Benzodiazepin dapat diberikan peroral dan parenteral. Perlu diperhatikan untuk melakukan titrasi dosis, dimulai dengan pemberian dosis tinggi kemudian perlahan-lahan dosis diturunkan, seiring dengan kondisi pasien yang semakin membaik. Tujuan pemberian benzodiazepin adalah untuk menjaga pasien tetap tenang dan tersedasi namun tetap dapat dibangunkan untuk melakukan pemeriksaan dan prosedur yang lain.

- f. Obat anticemas, antidepresan dan antipsikotik dapat diberikan tergantung dengan kondisi penderita apakah dalam keadaan intoksikasi, *withdrawal* atau overdosis dan jenis adiksinya.
 - g. Metadon merupakan terapi *gold standard* untuk adiksi opioid (Sadock & Ruiz, 2015).
2. Non-Psikofarmaka
- a. Psikoterapi suportif dan psikoedukasi
 - b. Terapi perilaku (*behavior therapy*/BT; *cognitive behavior therapy*/CBT; *motivational enhancement therapy*/MET)

Beberapa studi menunjukkan bahwa CBT terbukti efektif dalam mengurangi gejala depresi pada adiksi serta jumlah waktu yang dihabiskan untuk mengakses internet. Intervensi CBT-*Intrenet Addiction (CBT-IA)* berfokus pada memonitor perilaku (meningkatkan aktivitas tanpa internet), mengajarkan keterampilan manajemen waktu, menetapkan tujuan, dan memperbaiki distorsi kognitif.

Beberapa strategi *motivational enhancement* yang dapat digunakan antara lain, membantu remaja untuk mengenali kegiatan-kegiatan penting yang terabaikan akibat waktu yang dihabiskan untuk bermain *on line* serta pertimbangan yang penuh kehati-hatian tentang pro dan kontra dari penggunaan internet (Jorgenson, Hsiao & Yen, 2016).

- c. Terapi keluarga
- d. Terapi kelompok (misal: *alcohol anonymous*/AA, *narcotics anonymous*/NA)
Terapi kelompok mengurangi rasa terisolasi yang dialami oleh penderita adiksi, memungkinkan penderita untuk menyaksikan proses *recovery* pada penderita lain serta adanya kesempatan untuk memiliki interaksi dengan sesama penderita adiksi untuk meningkatkan *insight* terhadap kondisi yang mereka alami (Center for Substance Abuse Treatment, 2005).
- e. Hipnoterapi

Tata laksana untuk adiksi internet, hingga saat ini, sebagian besar menggunakan dasar yang sama dengan intervensi dan strategi pada gangguan penyalahgunaan zat. Tujuan dari setiap terapi adiksi adalah modifikasi faktor risiko neurobiologis dan psikososial serta membatasi paparan atau akses terhadap perilaku atau zat yang menimbulkan adiksi.

Langkah awal dalam manajemen klinis adiksi internet adalah penanganan komorbid gangguan psikiatri yang ada. Hal ini guna mencegah dampak deteriorasi pada prognosis adiksi internet. Komorbid yang kerap

dijumpai adalah depresi, gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas, hostilitas, dan agresi (Jorgenson, Hsiao & Yen, 2016).

Rehabilitatif

Pada rehabilitasi, terdapat 3 komponen utama yaitu usaha berkelanjutan guna meningkatkan dan memelihara motivasi abstinens, usaha untuk membantu penderita menyesuaikan gaya hidup bebas zat dan perilaku adiktif serta mencegah kekambuhan (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015).

KENDALA TATA LAKSANA DI MASA PANDEMI COVID-19

Pelayanan psikiatri menghadapi tantangan yang besar di era pandemi Covid-19, tidak hanya karena peningkatan kebutuhan layanan akibat Covid-19, namun juga adanya pembatasan di area klinis akibat pemberlakuan *social distancing* (Columb, Hussain & O’Gara, 2020). Beberapa permasalahan terkait tata laksana gangguan mental perilaku akibat zat dan perilaku adiktif di masa pandemi Covid-19 di antaranya adalah terapi kelompok yang sebelum masa pandemi dilakukan dengan tatap muka menjadi tidak dapat lagi dilakukan. Diperlukan suatu usaha untuk mengubah bentuk terapi kelompok tatap muka menjadi layanan jarak jauh berbasis internet (Liese & Monley, 2020).

RINGKASAN

Situasi tanggap darurat dalam penanggulangan wabah Covid-19 melibatkan anjuran *social distancing* dengan cara bekerja, belajar, dan beribadah di rumah serta pemberlakuan karantina bagi mereka yang terdampak Covid-19.

Para ahli telah berspekulasi bahwa karantina akibat Covid-19 akan berdampak pada peningkatan frekuensi dan derajat keparahan masalah kesehatan mental, termasuk penyalahgunaan zat dan perilaku adiktif. Perilaku adiktif dan gangguan mental perilaku akibat napza dapat memperburuk prognosis dan meningkatkan risiko mortalitas penderita yang terkonfirmasi Covid-19.

Dokter perlu mengenal dan memahami gejala-gejala dari dampak tersebut dan melakukan tata laksana secara komprehensif. Beberapa strategi dapat dilakukan untuk meningkatkan imunitas dan mengelola stres dengan baik sehingga layanan adiksi tetap tersedia selama masa pandemi ini.

Program preventif penting untuk dilaksanakan, khususnya bagi penyalahguna zat dan perilaku adiktif lain karena adiksi dapat menimbulkan banyak dampak negatif selama masa pandemi Covid-19. Dukungan dari semua pihak sangat diperlukan demi terwujudnya penatalaksanaan yang komprehensif.

Psikiatri adiksi menghadapi tantangan berat pada era pandemi Covid-19 untuk menyediakan pelayanan berstandar tinggi guna melayani populasi rentan yaitu penyalahguna zat dan perilaku adiksi lain. Beberapa rekomendasi yang dapat penulis berikan sebagai berikut.

1. Layanan adiksi harus tetap tersedia selama krisis pandemi, diperlukan inovasi untuk mengubah pola layanan konvensional menjadi layanan jarak jauh berbasis internet dan telepon.
2. Setiap inovasi dan proses yang terjadi dalam era pandemi Covid-19, yang mengarah pada peningkatan level pelayanan penderita gangguan jiwa pada umumnya dan penderita adiksi pada khususnya, perlu tetap dipertahankan dan dikembangkan meski pandemi telah berakhir.
3. Layanan kesehatan masyarakat harus tetap memperhatikan *physical distancing* ketika menyediakan layanan dan edukasi psikiatri.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association,
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E. *et al.* 2020. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227):912-920.
- Buana, D.R. 2020. Analisis Perilaku Masyarakat Indonesia dalam Menghadapi Pandemi Virus Corona (Covid-19) dan Kiat Menjaga Kesejahteraan Jiwa. *SALAM Jurnal Sosial dan Budaya Syar'I*, 7(3):217-226.
- Center for Substance Abuse Treatment. 2005. *Substance Abuse Treatment: Group Therapy A Treatment Improvement Protocol*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services,
- Chodkiewicz, J., Talarowska, M., Miniszewska, J., Nawrocka, N. & Bilinski, P. 2020. Alcohol Consumption Reported during the COVID-19 Pandemic: The Initial Stage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13):4677.
- Clay, J.M. & Parker, M.O. 2020. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis. *The Lancet Public Health*, 5(5):e259.

- Columb, D., Hussain, R., & O'Gara, C. 2020. Addiction psychiatry and COVID-19: impact on patients and service provision. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(1):164-168.
- Du, J., Fan, N., Zhao, M., *et al.* 2020. Expert consensus on the prevention and treatment of substance use and addictive behaviour-related disorders during the COVID-19 pandemic, *General Psychiatry*. 33(4):e100252. doi:10.1136/gpsych-2020-100252
- Ellepol, A. 2020. Quarantine Fatigue. *Research Gate*, pp:1-6. DOI:10.13140/RG.2.2.35676.95366
- Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI). 2020. *Panduan Layanan Psikologi Dalam Masa Tanggap Darurat Covid-19 Bagi Psikolog, Sarjana Psikologi, Asisten Psikolog Dan Praktisi Psikologi*. Edisi 1. Jakarta: Himpunan Psikologi Indonesia
- Jorgenson, A.G., Hsiao, R.C. & Yen, C.F. 2016. Internet Addiction and Other Behavioral Addictions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(3):509-520.
- Keeter, S. 2020. People financially affected by COVID-19 outbreak are experiencing more psychological distress than others. Diakses dari: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/03/30/people-financially-affected-by-covid-19-outbreak-are-experiencing-more-psychological-distress-than-others/>
- Komite Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional. 2021. *Pasien Sembuh Terus Meningkat Menjadi 1.128.672 Orang*.
- Kurniasanti, K.S., Assandi, P., Ismail, R.I., Nasrun, M.W.S. & Wiguna, T. 2009. Internet addiction: a new addiction? *Medical Journal of Indonesia*, 28(1):82-91.
- Ledgerwood, D.M. & Petry, N.M. 2006. Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Research*, 144(1):17-27.
- Liese, B.S. & Monley, C.M. 2020. Providing addiction services during a pandemic: Lessons learned from COVID-19. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 120:108156. Diakses dari: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S074054722030413X>
- Marsden, J., Darke, S., Hall, W. *et al.* 2020. Mitigating and learning from the impact of Covid-19 infection on addictive disorders. *Addiction*, 115(6):1007-1010.
- Maslim, R. 2013. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2020. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19).
- Micallef, J.V. 2020. How The Covid-19 Pandemic Is Upending The Alcoholic Beverage Industry. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/joemicallef/2020/04/04/how-the-covid-19-pandemic-is-upending-the-alcoholic-beverage-industry/?sh=115be2aa4b0b>

- Narayan, N. 2020. Aussie Online Gambling Market Sees 67% Rise During COVID-19. Eurpeangaming.<https://europeangaming.eu/portal/latest-news/2020/04/10/68261/aussie-online-gambling-market-sees-67-rise-during-covid-19/>
- Raistrict, D. 1998. The Principles of Addiction Medicine. Dalam *Drug Abuse Handbook*. hlm. 513-519. Disunting oleh Karch, S.B. Boca Raton: CRC Press.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Ruiz, P. 2015. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Siste, K., Hanafi, E., Sen, L.T. *et al.* 2020. The Impact of Physical Distancing and Associated Factors Towards Internet Addiction Among Adults in Indonesia During COVID-19 Pandemic: A Nationwide Web-Based Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11:580977.
- Vardavas, C.I. & Nikitara, K. 2020. Covid-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco Induced Diseases*, 18(20):1-4.
- WHO. 2020. *Alcohol does not protect against COVID-19; access should be restricted during lockdown*. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters?gclid=Cj0KCQjw2NyFBhDoARIsAMtHtZ6mXeUs7YECiS1crdqRqm6m-1-v2MdNTjAFnwEAU11csEiPEqR5EdQaApkLEALw_wcB#alcohol. Accessed at 28 February 2021
- WHO. 2021. *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQjw2NyFBhDoARIsAMtHtZ5xHT32imzLMp-HPd4MRtC9-Exnthh1RJ-cBmtiq3Wr5xupMN7iQVoaAvvGEALw_wcB. Accessed at 28 February 2021.
- Zaami, S., Marinelli, E. & Vari, M.R. 2020. New Trends of Substance Abuse During COVID-19 Pandemic: An International Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 11(700):1-4.

DAMPAK PANDEMI COVID-19 PADA IBU HAMIL DAN PASCA MELAHIRKAN (PERINATAL)

15

Nalini Muhdi, Damba Bestari

PANDEMI COVID-19 DAN PERINATAL

Menjadi orang tua atau ibu menimbulkan berbagai emosi, mulai dari gembira sampai stres atau kekhawatiran tentang pengalaman yang akan terjadi. Perubahan fisik yang dialami juga berpengaruh pada perasaan dan *mood*, dan umumnya pengalaman yang hilang timbul ini lebih dari kondisi biasa. Sering muncul kecemasan dan bahkan depresi itu bukan sekadar *mood* yang tidak baik, tapi lebih serius lagi yang mana memengaruhi kesehatan fisik dan mental (Hanley, 2009).

Sering kali gangguan kecemasan dan depresi semasa periode perinatal (kehamilan dan kelahiran, sampai setahun setelah melahirkan) ini tidak dikenali bahkan oleh si ibu sehingga tidak tertangani dengan baik. Hal ini akan berdampak pada si ibu hamil serta ketika menjadi ibu. Depresi tidak sekadar berdampak pada si ibu, tapi juga pada hubungan pernikahan dan perkembangan bayi atau anaknya kelak, serta anak-anak yang lain (O'akhill, 2016).

Apalagi pada masa pandemi Covid-19 seperti saat ini, memang menggelisahkan dan memengaruhi berbagai aspek kehidupan. Perubahan fisik, hormonal, dan imunologis yang terjadi selama fase perinatal membuat perempuan lebih rentan tertular infeksi dan mengalami komplikasi. Meskipun demikian, mayoritas perempuan yang terkena Covid-19 hingga saat ini menunjukkan gejala ringan dan berhasil pulih dengan baik dibandingkan laki-laki (Maiti *et al.*, 2020).

Pasca kelahiran, WHO merekomendasikan perempuan dengan Covid-19 agar tetap menyusui dan melakukan kontak kulit dengan bayinya sambil tetap mematuhi protokol kesehatan. WHO juga menyarankan dokter untuk mempertimbangkan

kondisi klinis ibu dalam mengambil keputusan tentang seberapa dekat ibu dapat berinteraksi dengan bayinya. Namun, pelayanan kehamilan dan persalinan pasca pandemi belum seragam. Perempuan ditangani dengan prosedur berbeda di masing-masing negara asalnya (Maiti *et al.*, 2020).

Stres, kecemasan, depresi, insomnia, *denial*, dan rasa marah, adalah masalah kesehatan mental yang paling sering dilaporkan. Terdapat studi yang melaporkan bahwa masalah kesehatan mental perinatal yang terjadi saat pandemi Covid-19 ini menyerupai kondisi bencana alam, perang maupun *stressful life event* lainnya. Bahkan ketika dalam kondisi normal sekalipun, transisi dari periode perinatal merupakan salah satu titik rawan dalam kehidupan perempuan. Maka tidak heran, berbagai masalah muncul termasuk gangguan kesehatan mental sering dijumpai dalam fase perinatal (Almeida *et al.*, 2020).

Selama pandemi, perempuan dalam periode perinatal cenderung mudah stres akibat berkurangnya akses ke dukungan sosial dan layanan kesehatan, isolasi sosial, dan berkurangnya aktivitas yang biasanya dapat menenangkan. Perempuan cenderung khawatir tentang risiko penularan infeksi dan kesehatan bayi maupun orang terdekatnya. Berkurangnya akses dukungan secara langsung baik selama kehamilan maupun setelah melahirkan juga sangat mungkin meningkatkan risiko gangguan mental perinatal (Almeida *et al.*, 2020).

KEHAMILAN

Bagi sebagian besar perempuan hamil, pandemi Covid-19 meningkatkan ketidakpastian yang berakibat kecemasan dan berkurangnya rasa kendali terhadap keadaan. Almeida *et al.* (2020) menyebutkan beberapa kecemasan yang sering dipikirkan para ibu hamil sebagai berikut.

1. Apakah saya lebih rentan terhadap infeksi Covid-19 atau komplikasinya saat hamil?
2. Bisakah Covid-19 ditularkan ke janin saya?
3. Apakah Covid-19 meningkatkan risiko komplikasi kehamilan?
4. Apakah saya lebih baik menghadiri atau melewatkan kunjungan ke layanan perawatan prenatal?
5. Haruskah saya menghindari rumah sakit dan melahirkan di rumah saja?

Rasa takut tertular dan bagaimana virus dapat memengaruhi janin yang sedang berkembang menambah kecemasan para ibu hamil. Selain itu, perempuan hamil

menghadapi kondisi baru terkait perawatan perinatal selama pandemi. Untuk mengurangi risiko paparan dan penularan Covid-19, banyak kunjungan perawatan perinatal dilakukan secara *online*. Pada kunjungan langsung, beberapa rumah sakit melarang atau membatasi jumlah pendamping. Di semua pelayanan kesehatan, pasien diwajibkan menggunakan masker yang berpotensi membentuk asosiasi emosi negatif dan membatasi hubungan pasien-dokter. Mengenakan masker dapat memicu kecemasan bagi beberapa perempuan yang pernah mengalami trauma sebelumnya. Dikatakan bahwa “rasa sesak” dalam menggunakan masker mengingatkan mereka dengan pasangan yang mencoba mencекiknya, bila mereka pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga (Almeida *et al.*, 2020).

Penelitian menunjukkan bahwa penyebab stres terkait pandemi secara substansial meningkatkan tantangan kesehatan mental perinatal. Hal ini dibuktikan melalui studi terhadap 4.124 perempuan hamil di Cina yang menggunakan kuesioner yang umum digunakan selama ini yaitu *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) sebagai alat skrining. Dibanding dengan perempuan hamil sebelum pandemi berlangsung, perempuan hamil pasca pandemi memiliki skor EPDS yang lebih tinggi pada subskala gejala depresi, kecemasan, dan ide bunuh diri. Seiring dengan laporan jumlah kasus Covid-19 baru dan kematian yang semakin tinggi, skor EPDS pun ditemukan semakin tinggi pula (Renno, 2020).

Hal ini sejalan dengan penelitian pada 1.754 perempuan hamil di Kanada. Hasil penelitian menunjukkan ibu hamil pasca pandemi hampir dua kali lipat memenuhi kriteria untuk diagnosis depresi, gangguan kecemasan, atau gangguan penggunaan zat. Sebuah studi berbeda pada 1.987 perempuan hamil di Kanada membuah hasil 37% responden mengalami gejala depresi (skor EPDS 13 atau lebih), 46,3% mengalami gangguan kecemasan, dan 67,6% merasa cemas terhadap kondisi kehamilannya. Dalam semua studi tersebut, isolasi sosial ditemukan sangat berkorelasi dengan gejala depresi atau kecemasan. Hasil penelitian ini sangat penting karena dukungan sosial telah secara konsisten terbukti menjadi faktor pelindung utama dan secara signifikan mengurangi risiko gejala depresi dan kecemasan selama kehamilan (Renno, 2020).

Kecemasan menghadapi proses persalinan juga dapat meningkat ketika seorang perempuan kehilangan dukungan keluarga, tidak terbiasa berhadapan dengan tim medis, dan kekhawatiran bahwa bayi akan tertular virus. Ketidakpastian dalam keamanan waktu menyusui dan kemungkinan bayi baru lahir mereka akan dirawat di unit perawatan intensif neonatal juga dilaporkan merupakan sumber stres (Almeida *et al.*, 2020).

PASCA MELAHIRKAN

Depresi pasca melahirkan dilaporkan meningkat hingga hampir dua kali lipat selama pandemi berlangsung. Sebelum pandemi angkanya berkisar di antara 13–15% namun setelah pandemi menjadi 21%. Beberapa pertanyaan yang menggambarkan kegelisahan ibu pasca melahirkan terkait pandemic dipericu oleh Almeida *et al.* (2020) sebagai berikut.

1. Apakah bayi saya lebih rentan terinfeksi Covid-19?
2. Apakah aman untuk menggendong bayi saya?
3. Apakah Covid-19 ditularkan melalui ASI?
4. Jika saya terinfeksi Covid-19, apakah aman untuk menyimpan ASI dan menggunakannya nanti?
5. Amankah menggunakan pompa ASI sewaan atau pinjaman?
6. Apakah saya bisa mengurus bayi sendirian tanpa bantuan keluarga?
7. Bagaimana saya dapat memenuhi kebutuhan bayi selama kondisi finansial yang tidak menentu (karena banyaknya pengangguran)?

Akses bantuan pengasuh anak yang terbatas, tidak ada bantuan serta kunjungan keluarga dan teman-teman karena isolasi, dan fasilitas tempat penitipan anak yang minimal akibat pandemi membuat ibu yang memiliki bayi harus melakukan berbagai hal sendirian sehingga membuat mereka semakin rentan dengan berbagai gangguan fisik dan mental. Begitu juga dengan ibu yang memiliki anak lebih dari satu, mereka harus berurusan dengan tugas tambahan karena sekolah dan tempat les anak dilakukan secara virtual atau *online*. Kakek dan nenek juga tidak dapat membantu, atau bahkan sekadar berkunjung karena merupakan kelompok usia rentan.

Kesulitan finansial merupakan faktor penting lainnya, dengan tingkat pengangguran yang sangat tinggi selama pandemi, serta menurunnya jumlah pendapatan karena kondisi ekonomi global melambat. Banyak keluarga yang tidak mampu membayar sewa tempat tinggal terusir dan menjadi tunawisma (Renno, 2020).

GEJALA DEPRESI PERINATAL

Sekitar 15–20 persen perempuan pasca melahirkan mengalami gangguan depresi secara klinis. Munculnya (onset) selama setahun setelah melahirkan, tidak penting apakah itu kelahiran anak pertama atau bukan. Onset bisa cepat

atau perlahan-lahan, kondisi bisa menjadi kronis, lebih berat dan lebih lama jangka waktunya dibandingkan *baby blues*, suatu kondisi yang sering dialami oleh hampir 80 persen ibu pasca melahirkan dan dianggap kondisi normal (Williams *et al.*, 2009).

Gejala yang sering muncul dijelaskan oleh Hanley (2009) sebagai berikut.

1. Perasaan murung atau sedih.
2. Sering menangis.
3. Tidak mampu mengontrol diri.
4. Perasaan tidak berharga.
5. Cemas dan mudah panik.
6. Menyalahkan diri sendiri atau merasa bersalah.
7. Khawatir berlebihan tentang kesehatan dan bayinya.
8. Mudah lelah dan kurang tenaga.
9. Suara dan gerakan menjadi perlahan.
10. Agitasi atau merasa sulit berdiam diri.
11. Kurang berminat dalam berbagai aktivitas, termasuk hubungan seksual.
12. Mudah tersinggung atau marah.
13. Perasaan negatif berkaitan dengan tugas menjadi ibu (*motherhood*).
14. Gangguan makan.
15. Kurang bisa konsentrasi dan kemampuan membuat keputusan menurun.
16. Gangguan tidur. Sulit tidur bahkan ketika bayinya sedang tidur.
17. Bingung dan mudah lupa.
18. Perasaan putus asa—inadekuat dan selalu pesimis.
19. Emosi labil dan '*mood swings*'.
20. Pikiran untuk mati dan bahkan sampai percobaan bunuh diri.

Pada ibu hamil, umumnya lebih banyak keluhan pada gejala somatik yang menonjol, meskipun memang keluhan fisik lebih dikarenakan oleh terjadinya perubahan fisik pada saat hamil. Namun, mereka yang menderita kecemasan dan depresi tetap lebih banyak keluhan dibanding ibu hamil yang tidak mengalami depresi. Keluhan depresi saat kehamilan memang tidak semenonjol pada ibu yang menderita depresi pasca melahirkan. Tapi ibu hamil yang sebelumnya sudah mengalami gangguan mood atau depresi dan kemudian relaps saat kehamilan, merupakan salah satu prediktor kuat terhadap terjadinya depresi pasca melahirkan, sebanding dengan dampak depresi yang tidak tertangani dengan baik selama masa kehamilan (Hanley, 2009).

TATA LAKSANA

Terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan perempuan dan penyedia layanan untuk mendukung kesehatan mental perinatal selama Covid-19. Salah satunya dengan tetap terhubung bersama orang yang dicintai dan *support network*. Hal ini amat sentral peranannya untuk mereka. Selain itu, penting untuk mengubah istilah “*social distancing*” menjadi “*physical distancing*” karena mempunyai konotasi berbeda khususnya pada perempuan hamil, saat melahirkan dan pasca melahirkan (Maiti *et al.*, 2020).

Dukungan sosial dari orang terdekat sangat signifikan bagi kesehatan mental perempuan, terutama dalam kondisi saat ini. Beberapa strategi yang dapat menjadi terapi dan faktor protektif dari gangguan mental perinatal di antaranya: terapi kognitif dan perilaku (*cognitive behaviour therapy*), misalnya dengan mencurahkan perasaan dengan rutin menulis buku harian, melakukan hal-hal yang disukai, mengenali intensitas pikiran dan reaksi emosi yang terjadi, serta latihan relaksasi dan pernapasan yang mudah dipelajari (O’akhill, 2016).

Tata laksana psikiatri pada ibu hamil dan pasca melahirkan terlampir pada Tabel 15.1.

TABEL 15.1 Terapi dari ansietas dan depresi perinatal

Kategori	Kondisi	Intervensi	Keterangan
Intervensi non farmakologis oleh profesional	Gangguan cemas dan depresi	<ul style="list-style-type: none"> <i>Cognitive Behavioural therapy</i> (CBT) <i>Mindfulness based CBT</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Memperbaiki <i>coping mechanism</i>- memperbaiki pola pikir CBT dan meditasi – Relaksasi pernapasan
Intervensi non farmakologis oleh klien	Gangguan cemas dan depresi	<i>Self-care</i>	<i>Support groups</i> – Dukungan keluarga – Yoga – Meditasi – Olahraga – Istirahat cukup – Vitamin
Terapi farmakologis	<ul style="list-style-type: none"> Depresi Gangguan cemas 	<ul style="list-style-type: none"> Antidepresan Antidepresan 	<ul style="list-style-type: none"> Antidepresan jenis SSRI Antidepresan jenis SSRI

(Chen, Selix & Nosek, 2020)

Akses ke perawatan antenatal yang terjangkau sambil mematuhi protokol kesehatan, adalah strategi untuk memastikan perempuan terus mendapat informasi sehingga mengembalikan *sense of control* pada situasi yang mereka alami. Dukungan dari bidan dan tenaga kesehatan profesional lainnya juga diperlukan untuk mendukung kesehatan mental perempuan. Di sisi lain, meningkatnya stres dan bertambahnya beban pekerjaan juga dialami oleh para tenaga kesehatan profesional secara global. Dengan demikian, para tenaga kesehatan profesional tersebut juga membutuhkan dukungan saat memberikan layanan bagi perempuan. Kesadaran akan pentingnya dukungan serta keterlibatan dalam kesehatan mental perinatal dapat turut menjaga *well-being* selama masa pandemi (Renno, 2020).

Dukungan sosial merupakan faktor protektif menghadapi berbagai tekanan dan perubahan yang dialami perempuan hamil dan pasca melahirkan. Dari penelitian, dukungan sosial secara signifikan terbukti berbanding terbalik dengan keparahan gejala depresi pasca melahirkan. Khususnya bentuk dukungan sosial pasca persalinan yang efektif meliputi bantuan dari keluarga dekat, teman baik, atau asisten rumah tangga/*babysitter* untuk meringankan tugas ibu saat menghadapi fluktuasi perubahan hormonal, kurang tidur, dan penyesuaian perubahan peran. Para dokter spesialis anak dan konselor laktasi juga merekomendasikan menyusui untuk mengurangi angka depresi dan kecemasan pada ibu pasca melahirkan. Selain ASI terbukti sangat baik untuk imunitas bayi, oksitosin yang dilepaskan selama menyusui juga membantu menghilangkan stres dan meningkatkan kualitas tidur ibu (Maiti *et al.*, 2020).

Bila gejala gangguan mood atau depresi pada perempuan selama masa perinatal tersebut cukup berat derajatnya yang tentu saja mungkin membutuhkan hospitalisasi atau perhatian serius dari petugas medik, sementara pada saat bersamaan dibutuhkan *social distancing* serta beberapa faktor mitigasi lainnya dan hal ini menjadi persoalan pelik karena berhadapan langsung dengan pandemi Covid-19 itu sendiri. Sebuah masalah yang dilematis dan harus terus dicarikan jalan keluar (Cohen, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Almeida, M., Shrestha, A.D., Stojanac, D. & Miller, L. 2020. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment health*, 23(6):741-748. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>

- Chen, H., Selix, N. & Nosek, M. 2021. Perinatal depression and anxiety during Covid-19. *J Nurse Pract*, 17(1):26-31.
- Cohen, L.S. 2020. Mitigating psychiatric disorder relapse in pregnancy during pandemic. *MGH Center for Women's Mental Health*. Diakses dari: <https://womensmentalhealth.org/posts/psychiatric-relapse-pandemic/>
- Hanley, J. 2009. Perinatal mental health. Chichester: John Wiley & Sons Ltd
- Maiti, T., Rai, B. & Biswas, T. 2020. Women mental Health during COVID 19 and Lock down: A brief narrative and Introspection. - *Clin Psychiatry*, 6(3):1-3.
- O'akhill E. 2016. Postnatal depression: Education and inspiration for general practice. *SAGE Journal of social science*, 9(9):531-537.
- Rennó J. J., Valdares, G., Cantilino, A. *et al.* 2020. *Women's Mental Health A Clinical and Evidence-Based Guide*. Switzerland: Springer.
- Williams, C., Cantwell, R. & Robertson, K. 2009. *Overcoming postnatal depression*. London: Hodder Arnold.

AUP 2021

PANDEMI COVID-19 DAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

16

Nalini Muhdi, Agnes Martaulina Haloho, Damba Bestari

KDRT DI MASA COVID-19: THE SILENT PANDEMIC

Sejak WHO pertama kali mengumumkan Covid-19 sebagai pandemi, seluruh warga dunia diperintahkan untuk lebih banyak tinggal di rumah demi keamanan. Namun, bagi sebagian perempuan, rumah justru merupakan tempat yang paling tidak aman. Mereka adalah para korban kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), biasanya perempuan, yang selama pandemi jauh lebih sering terpapar dengan pelaku kekerasan. Dalam beberapa kasus, kekerasan bahkan dapat terjadi pada keluarga yang sebelumnya tidak pernah mengalami KDRT (Almeida *et al.*, 2020).

WHO menyebut KDRT sebagai *silent pandemic*, yaitu salah satu masalah kesehatan masyarakat dan pelanggaran hak asasi manusia yang paling meluas namun paling sedikit dilaporkan (Almeida *et al.*, 2020). KDRT sendiri didefinisikan sebagai segala perbuatan oleh seorang anggota keluarga yang menyebabkan kerusakan fisik, seksual, dan/atau emosional serta finansial terhadap anggota lainnya dalam keluarga itu, atau mengakibatkan mereka hidup dalam ketakutan (Wilson, 2005).

Epidemiologi

Kebijakan pembatasan sosial (*social distancing*) di berbagai belahan dunia memaksa banyak orang untuk bekerja dari rumah atau bahkan kehilangan pekerjaannya. Hal tersebut meningkatkan risiko terjadinya tindakan KDRT karena terjebak di dalam rumah dengan kondisi tekanan atas kebutuhan ekonomi

yang disatukan dengan tingkat stres tinggi. Sejalan dengan teori tersebut, data tentang peningkatan angka KDRT telah dilaporkan di seluruh dunia. Hal ini terlihat dari banyaknya warga yang melapor ke layanan *hotline crisis* selama masa *lockdown*. UN Women melaporkan terdapat peningkatan sebesar 30% kasus kekerasan dalam rumah tangga di Prancis sejak *lockdown* diberlakukan pada bulan Maret 2020. Di Siprus dan Singapura, pusat pengaduan KDRT berbasis telepon telah mencatat peningkatan laporan, masing-masing sebesar 30 dan 33 persen (O'Connor, 2020).

Di Argentina, panggilan darurat untuk kasus KDRT telah meningkat sebesar 25%. Di India, dalam tujuh hari pertama penutupan nasional, 58 pengaduan diajukan ke Komisi Nasional Perempuan, yang merupakan dua kali jumlah pengaduan mingguan biasa. Selain itu, peningkatan kasus kekerasan dan permintaan tempat penampungan darurat juga telah dilaporkan dari Jerman, Spanyol, Inggris, dan Amerika Serikat. Hal yang sama terjadi di Kanada (meningkat tiga kali lipat) dan di Prancis (30% lebih tinggi). Amerika Latin, di mana kasus pembunuhan perempuan termasuk yang tertinggi di dunia, juga mengalami peningkatan KDRT secara dramatis (Maiti *et al.*, 2020).

Di Indonesia, secara umum, hasil survei Komnas Perempuan mencatat kekerasan psikologis dan ekonomi mendominasi KDRT. Kemudian, kekerasan fisik dan seksual juga dilaporkan meningkat di ranah rumah tangga. Data Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Kemen PPPA) mulai Januari–November 2020 menunjukkan dari seluruh kasus kekerasan terhadap perempuan (5.573 kasus), mayoritas kasusnya adalah KDRT (3.419 kasus atau 60,75%). Data ini menunjukkan angka kejadian dua kali lebih tinggi dari tahun 2019 (Susiana, 2020).

Survei Komnas Perempuan (April–Mei 2020 secara *online*) terhadap 2.285 responden di 34 provinsi yang didominasi perempuan juga menunjukkan beberapa kesimpulan: (1) pandemi Covid-19 mengubah beban kerja rumah tangga dan pengasuhan. Perempuan menghadapi dampak yang sangat khas karena peran gender; (2) masih ada keyakinan, kerja domestik menjadi tanggung jawab terbesar dan utama perempuan; (3) waktu kerja di ranah domestik menjadi dua kali lipat, karena tugas tambahan mendampingi anak belajar di rumah; (4) satu dari tiga responden menyatakan bertambahnya pekerjaan rumah tangga menyebabkan naiknya tingkat stres; (5) KDRT tetap terjadi pada masa pandemi Covid-19, didominasi kekerasan psikologis dan ekonomi; (6) rumah tangga dengan pengeluaran bertambah memiliki peluang terjadi kekerasan fisik dan seksual

yang lebih tinggi; (7) upaya melaporkan kekerasan di lembaga layanan menurun angkanya pada masa pandemi Covid-19 karena korban memilih diam atau hanya memberitahukan saudara, teman dan/atau tetangga. Hasil survei Komnas Perempuan ini menunjukkan, dalam masa pandemi, perempuan semakin rentan untuk merasa stres akibat beban kerja yang semakin bertambah (Susiana, 2020)

Perlu diingat bahwa laporan berbagai studi tersebut kemungkinan kurang dapat menggambarkan angka KDRT secara tepat. Hal ini bisa disebabkan karena jauh lebih banyak korban yang tidak melapor karena keterbatasan akses. Oleh karena itu, PBB dan organisasi internasional lainnya mendesak agar pencegahan dan pemulihan kekerasan terhadap perempuan menjadi topik penting dalam protokol penanganan Covid-19 (Maiti *et al.*, 2020).

ASPEK PSIKOLOGI DAN PSIKIATRI

Berikut tinjauan dalam aspek psikologik dan psikiatri terkait dengan kekerasan dalam rumah tangga, khususnya di masa pandemi Covid-19 saat ini.

Faktor Psikososial

KDRT sebetulnya bukan merupakan fenomena baru. Bahkan sebelum pandemi, kejahatan kemanusiaan ini sudah jamak terjadi, walaupun angka yang dilaporkan hanya sepersekian dari angka kejadian sebenarnya. Meskipun kesadaran tentang KDRT telah meningkat dan advokasi sudah mulai dijalankan, saat ini KDRT masih menjadi fenomena gunung es. Dengan adanya sudut pandang bahwa perempuan sebagai kaum subordinat dalam berumah tangga dan keharusan untuk menjadi keluarga yang terlihat tenang, hal tersebut menjadi kendala dalam penanganan tindak KDRT. Selain itu, korban sering kali bertahan dalam sebuah hubungan yang penuh kekerasan karena berbagai alasan, antara lain takut dengan ancaman pelaku, bertahan demi anak-anak atau tergantung pada pelaku (secara emosional dan finansial). Salah satu penyebab yang paling sering adalah karena korban merasa pelaku tidak terus menerus menjadi pribadi yang agresif. Ada fase ketika pelaku menjadi sangat romantis dan menyesali perbuatannya sehingga hal ini membuat korban merasa suatu hari pelaku akan berubah. Namun, di kemudian hari pelaku akan mengulangi kekerasan yang pernah dilakukan sehingga siklus terus berulang (Muhdi&Fithriyah, 2019).

Sosiolog Marianne Hester berpendapat bahwa KDRT lebih sering terjadi pada kondisi saat keluarga menghabiskan lebih banyak waktu bersama. Hal ini

didukung dengan data yang menyebutkan bahwa angka KDRT juga meningkat saat terjadi bencana alam yang mengharuskan warga tinggal di rumah dalam waktu lama. Contohnya, saat badai Harvey pernah melanda Amerika Serikat di tahun 2017, angka KDRT meningkat secara signifikan. Dari berbagai penelitian, Maiti *et al.* (2020) menyimpulkan beberapa faktor yang berkontribusi pada peningkatan KDRT di masa pandemi.

1. Frekuensi kontak dengan pelaku kekerasan yang lebih sering.
2. Stres yang meningkat dalam berbagai sektor, terutama ketidakpastian dalam hal finansial.
3. Berkurangnya akses ke sumber daya dan dukungan sosial.

Meningkatnya beban keluarga, stres, dan kesulitan ekonomi akibat kehilangan sebagian penghasilan/pekerjaan berpotensi memicu konflik dalam keluarga yang dapat berujung pada pertengkaran bahkan kekerasan. Karena pedoman isolasi yang berlaku di banyak tempat, korban tidak dapat memilih untuk tinggal bersama lingkungan suportif (teman atau anggota keluarga) maupun pergi ke *shelter* (pusat bantuan). Banyak yang tidak mencari perawatan medis untuk menghindari risiko tertular Covid-19.

Sistem *lockdown* yang sebetulnya berguna untuk menekan rantai penularan Covid-19 memiliki beberapa efek samping seperti isolasi sosial, berkurangnya dukungan sosial, dan peningkatan kasus kekerasan dalam rumah tangga terhadap perempuan (Almeida *et al.*, 2020).

Gender dan Pola Asuh

Beberapa literatur menunjukkan bahwa pada masa perang, keadaan darurat, dan situasi serupa lainnya, anak dan perempuan lebih rentan menjadi korban kekerasan. Namun, kita perlu memahami bahwa pandemi Covid-19 berbeda dari keadaan darurat lainnya. Setiap orang sama-sama rentan, terlepas dari kelas, status sosial ekonomi, dan jenis kelamin. Walaupun KDRT dapat terjadi pada siapa pun, termasuk laki-laki dewasa, tetapi perlindungan dan pemberdayaan lebih terfokus pada korban perempuan dan anak. Hal ini disebabkan *bargaining position* dua kelompok tersebut lebih lemah karena kurang memiliki akses independen terhadap finansial dan secara fisik lebih lemah untuk mempertahankan diri dibandingkan laki-laki dewasa. Pada perempuan, juga dapat dipengaruhi konstruksi sosial budaya yang kerap menempatkan perempuan sebagai subordinat, tidak setara dengan laki-laki.

Pola asuh dari kedua orang tua menanamkan beberapa prinsip dan cara pandang, termasuk bagaimana peran laki-laki dan perempuan dalam keluarga maupun bagaimana cara memperlakukan orang lain. Prinsip yang ditanamkan tersebut memengaruhi cara berpikir dan perilaku yang membentuk karakter seseorang. Namun, pola asuh tidak berdiri sendiri karena cukup banyak dijumpai pelaku kekerasan juga memiliki gangguan psikiatri yang membuat regulasi emosi dan terganggunya pengendalian impuls, termasuk impuls agresi (Mc Queen & Doctor, 2010).

Secara sosial dan budaya, terdapat stereotip yang menyebutkan bahwa laki-laki dengan riwayat kekerasan di masa kanak-kanaknya cenderung lebih sering menyalurkan agresivitasnya pada orang lain, sementara perempuan cenderung untuk menjadi korban dari orang lain atau perilaku yang merugikan dirinya sendiri. Seorang perempuan yang dibesarkan di lingkungan misoginistik percaya mereka memiliki posisi lebih inferior dibandingkan laki-laki dan bahwa laki-laki memiliki hak dan otoritas untuk mengendalikan dan mendominasi perempuan, termasuk jika harus dengan melibatkan berbagai bentuk kekerasan. Laki-laki yang dibesarkan pada lingkungan ini kemudian berpotensi tumbuh menjadi pelaku kekerasan baik emosional maupun fisik pada istri dan anak perempuan mereka (Engel, 2005).

Pendapat yang normatif menyatakan bahwa kekerasan dalam hubungan menciptakan lingkungan dengan emosi negatif sehingga membuat perempuan ingin segera meninggalkan hubungan tersebut. Beberapa data menunjukkan bahwa banyak perempuan yang awalnya telah meninggalkan hubungan, pada akhirnya memutuskan untuk kembali menjalin hubungan dengan pelaku kekerasan atau mencari pasangan lain dengan ciri atau perilaku yang sama (tipe *abuser*). Pada penelitian Hilbert *et al.* (dalam Mahasneh *et al.*, 2013), 50% dari perempuan korban kekerasan kembali pada pasangan mereka yang melakukan kekerasan tersebut.

Dari penelitian, pola asuh yang inkonsisten dapat menghasilkan suatu kelekatan yang tidak aman sehingga membuat seorang anak tidak memiliki *self-esteem* yang baik, namun anak tersebut akan memandang orang lain secara positif. Hal ini akan membuat seorang anak belajar bahwa untuk mendapatkan kasih sayang dan segala kebahagiaan, ia harus terus berusaha menyenangkan orang lain bahkan mengorbankan dirinya, atau mereka takut meninggalkan zona nyamannya. Kelekatan yang tidak aman tersebut terus terbawa hingga dewasa termasuk dalam hubungan dengan orang lain. Ketika seorang perempuan mengalami kekerasan yang dilakukan oleh pasangannya misalnya, ia menganggap bahwa hal tersebut sepenuhnya kesalahannya dan berharap pelaku akan berubah sehingga terus bertahan dalam hubungan tersebut (Martsolf, Draucker & Brandau, 2009).

Dampak pada Korban

KDRT menimbulkan destruksi dalam spektrum yang luas dan bervariasi. Dampaknya dapat berakibat jangka pendek hingga jangka panjang, fisik hingga psikologis dan finansial pada korban hingga anggota keluarga lain.

Korban KDRT tidak hanya berpeluang lebih tinggi untuk terserang berbagai penyakit fisik seperti penyakit kardiovaskular, nyeri kronis, gangguan tidur, gangguan pencernaan, infeksi menular seksual, dan cedera otak traumatis. Namun juga berbagai gangguan mental seperti depresi, gangguan cemas menyeluruh, gangguan dan serangan panik, gangguan stres pasca trauma, gangguan fobia, penyalahgunaan obat dan alkohol, gangguan somatisasi, gangguan kepribadian, gangguan seksual, hingga psikosis. KDRT juga dikaitkan dengan kejadian bunuh diri. Selama pandemi di tahun 2020, angka bunuh diri perempuan di Jepang dan Korea meningkat hingga 70%, dilaporkan hal ini terjadi karena beban peran perempuan yang bertambah dan KDRT (Sakamoto *et al.*, 2021).

Dampak lain dari tindakan KDRT yaitu masalah ekonomi yang menimpa korban maupun seluruh keluarga. Masalah ekonomi bisa saja dialami oleh perempuan korban yang bekerja maupun yang tidak bekerja. Seperti misal, karena kekerasan yang terjadi korban yang tidak bekerja tidak diberikan nafkah lagi oleh suami, korban yang bekerja juga kehilangan waktu untuk bekerja karena KDRT yang terjadi. Hal ini menyebabkan ekonomi rumah tangga kacau, bertambahnya biaya tak terduga untuk hunian karena berpisah, biaya proses kepindahan, biaya pengobatan fisik akibat KDRT, dan terapi serta ongkos perkara (Muhi & Fithriyah, 2019).

Selain berdampak bagi korban secara langsung, kekerasan yang terjadi dalam rumah tangga dapat memengaruhi perkembangan anak. Anak menjadi terasing dari lingkungan keluarga dan menjauh dari lingkungan keluarga. Anak menjadi tidak bisa bersosialisasi dengan baik, malas sekolah, melakukan tindak kriminalitas, penyalahgunaan napza, dan bisa juga melakukan bunuh diri. Hal-hal inilah yang bisa membuat keluarga menjadi berantakan akibat KDRT. Kekerasan yang terjadi dalam keluarga yang terlihat oleh anak dapat menjadi *role model* bagi anak tersebut. Terjadi identifikasi atau imitasi karena proses pembelajaran lingkungan. Anak akan menganggap bahwa melakukan kekerasan adalah hal yang wajar dan dapat dijadikan solusi untuk menyelesaikan permasalahan. Dengan proses pembelajaran yang salah ini, anak yang menjadi korban KDRT di saat dewasa berpotensi menjadi pelaku atau kembali menjadi korban (reviktimisasi) kekerasan baik dalam hubungan pertemanan maupun hubungan asmara (Evans *et al.*, 2020).

ASPEK HUKUM

Keutuhan rumah tangga yang harmonis dan sejahtera adalah dambaan setiap orang. Adanya kekerasan dalam rumah tangga akan menimbulkan ketidaknyamanan dalam rumah tangga tersebut. Untuk mencegah, melindungi korban, dan menindak pelaku kekerasan dalam rumah tangga, pemerintah telah menetapkan UU No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga. Adapun batasan pengertian kekerasan dalam rumah tangga menurut undang-undang tersebut adalah setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan, atau penderitaan secara fisik, seksual psikologis, dan/atau penelantaran rumah tangga, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga (Pasal 1 ayat 1). Jadi secara khusus, UU di atas memberikan perlindungan kepada perempuan yang mayoritas menjadi korban kekerasan dalam rumah tangga. Namun pada umumnya UU No. 23 Tahun 2004 tentang PKDRT, bukan hanya melulu ditujukan kepada seorang suami, tapi juga bisa ditujukan kepada seorang istri yang melakukan kekerasan terhadap suaminya, anak-anaknya, keluarganya atau pembantunya yang menetap tinggal dalam satu rumah tangga tersebut.

Adapun tentang siapa saja yang termasuk dalam lingkup rumah tangga, adalah: 1) Suami, istri, dan anak, termasuk anak angkat dan anak tiri; 2) orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga dengan suami, istri yang tinggal menetap dalam rumah tangga, seperti mertua, menantu, ipar, dan besan; dan 3) orang yang bekerja membantu di rumah tangga dan menetap tinggal dalam rumah tangga tersebut, seperti PRT.

Tindakan kekerasan dalam rumah tangga yang dimaksud UU No. 23 Tahun 2004 tentang PKDRT adalah: 1) kekerasan fisik, yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit atau luka berat; 2) kekerasan psikis, yang mengakibatkan rasa ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, dll. 3) kekerasan seksual, yang berupa pemaksaan seksual dengan cara tidak wajar, baik untuk suami maupun untuk orang lain untuk tujuan komersial, atau tujuan tertentu; dan 4) penelantaran rumah tangga yang terjadi dalam lingkup rumah tangganya, yang mana menurut hukum diwajibkan atasnya. Selain itu, penelantaran juga berlaku bagi setiap orang yang mengakibatkan ketergantungan ekonomi dengan cara membatasi dan/atau melarang untuk bekerja yang layak di dalam atau di luar rumah, sehingga korban berada di bawah kendali orang tersebut.

Untuk menyelesaikan dan meminimalisir kejadian KDRT, pemerintah dan masyarakat juga mempunyai tanggung jawab yang sama. Adapun menurut UU PKDRT Pemerintah mempunyai kewajiban, yaitu 1) merumuskan kebijakan penghapusan KDRT; 2) menyelenggarakan komunikasi, informasi dan edukasi tentang KDRT; 3) menyelenggarakan sosialisasi dan advokasi tentang KDRT; dan 4) menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sensitif gender, dan isu KDRT serta menetapkan standar dan akreditasi pelayanan yang sensitif gender.

Sedangkan kewajiban masyarakat, di mana bagi setiap orang yang mendengar, melihat, atau mengetahui terjadinya kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) wajib melakukan upaya: 1) mencegah KDRT; 2) memberikan perlindungan kepada korban; 3) memberikan pertolongan darurat; dan 4) Mengajukan proses pengajuan permohonan penetapan perlindungan (Pasal 15). Namun, untuk kejahatan kekerasan psikis dan fisik ringan serta kekerasan seksual yang terjadi di dalam relasi antar suami-istri, maka yang berlaku adalah delik aduan. Maksudnya adalah korban sendiri yang melaporkan KDRT yang dialaminya kepada pihak kepolisian (Pasal 26 ayat 1).

Korban, menurut UU PKDRT adalah orang yang mengalami kekerasan dan/atau ancaman kekerasan dalam lingkup rumah tangga. Undang-undang telah mengatur bagi korban akan hak-hak yang dapat dituntut kepada pelakunya, antara lain: 1) perlindungan dari pihak keluarga, kepolisian, kejaksaan, pengadilan, advokat, lembaga sosial, atau pihak lainnya maupun atas penetapan perintah perlindungan dari pengadilan; 2) pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis; 3) penanganan secara khusus berkaitan dengan kerahasiaan korban; 4) pendampingan oleh pekerja sosial dan bantuan hukum; dan 5) pelayanan bimbingan rohani. Selain itu, korban KDRT juga berhak untuk mendapatkan pelayanan demi pemulihan korban dari, tenaga kesehatan, pekerja sosial, relawan pendamping dan/atau pembimbing rohani (Pasal 10). Namun, korban dapat memberikan kuasa kepada keluarga atau advokat/pengacara untuk melaporkan KDRT ke kepolisian (Pasal 26 ayat 2). Jika yang menjadi korban adalah seorang anak, laporan dapat dilakukan oleh orang tua, wali, pengasuh atau anak yang bersangkutan (Pasal 27).

Ketentuan pidana terhadap pelaku kekerasan dalam rumah tangga juga diatur dalam UU PKDRT, dapat berupa sanksi penjara atau denda sejumlah tertentu yang sudah ditetapkan dalam undang-undang tersebut. Selain pidana tersebut, hakim juga dapat menjatuhkan pidana tambahan berupa: 1) pembatasan gerak pelaku yang bertujuan untuk menjauhkan pelaku dari korban dalam jarak dan

waktu tertentu, maupun pembatasan hak-hak tertentu dari pelaku; 2) penetapan pelaku mengikuti program konseling di bawah pengawasan lembaga tertentu.

PENATALAKSANAAN

Setelah WHO menyatakan KDRT selama pandemi sebagai masalah kesehatan masyarakat global, berbagai negara telah merespons dengan memulai dukungan secara *online*, konseling web, saluran bantuan WhatsApp serta layanan konseling telepon untuk membantu para korban. Organisasi di berbagai belahan dunia meminta pemerintah untuk mengutamakan keselamatan perempuan saat mereka menanggapi pandemi dan menyarankan sumber daya yang dapat membantu (Maiti *et al.*, 2020).

Negara membutuhkan kampanye nasional yang agresif untuk meningkatkan kesadaran tentang KDRT serta informasi *hotline crisis* atau pusat rujukan KDRT yang bisa dihubungi melalui televisi, koran, radio, dan platform media sosial. Kolaborasi antar LSM, masyarakat sipil, departemen kesehatan masyarakat, psikiater, psikolog, dan tenaga kesehatan primer sangat diperlukan. Dokter dan petugas layanan kesehatan garis depan harus waspada dalam mengenali tanda-tanda kekerasan, bertanya, dan mendengarkan secara empatik terkait KDRT dan mengetahui pusat rujukan terdekat (Evans *et al.*, 2020).

Sebagai upaya tata laksana KDRT dalam kondisi pandemi, *telemedicine* melalui media *chat*, *voice call*, maupun *video call* sangat disarankan sebagai alternatif pertemuan langsung. Akses internet yang terjangkau bagi semua kalangan juga dibutuhkan di masa pandemi. Tidak hanya untuk menjangkau fasilitas *telemedicine*, namun juga memudahkan korban mengakses informasi tempat dapat mencari bantuan.

American Psychiatric Association (2019) menjelaskan beberapa pilihan tata laksana konvensional yang dapat diberikan pada korban KDRT.

1. Psikoterapi Interpersonal

Psikoterapi (*talk therapy*) dapat digunakan untuk mengatasi berbagai penyebab stres korban KDRT, termasuk kebutuhan untuk merasa aman dan berdaya. Banyak korban KDRT mengalami masalah interpersonal seperti kesulitan dalam membina hubungan dekat karena trauma. Psikoterapi interpersonal secara langsung terfokus menangani empat aspek berikut.

- a. Duka cita.
- b. Transisi peran (perubahan dalam hidup).

- c. Defisit interpersonal (rasa kesepian yang terus menerus).
 - d. Meningkatkan dukungan sosial dan memperbaiki *self-esteem* akan mendorong perempuan untuk lebih berdaya dan mandiri baik secara psikologis maupun finansial. Selain itu, klien juga dibekali keterampilan berkomunikasi secara asertif, yaitu dapat menyampaikan apa yang diinginkan dan tidak diinginkan dengan cara yang baik. Pemberdayaan perempuan merupakan faktor kunci dalam pencegahan KDRT.
2. *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT)
Modalitas terapi yang berfokus pada masa kini dan bertujuan mengelola pola pikir dari negatif menjadi lebih positif dan realistis. Pola pikir seseorang terhadap sesuatu dapat memengaruhi emosi dan perilakunya sehingga diharapkan dapat menjalani hidup dengan lebih sehat dan adaptif. CBT dapat diberikan dalam format kelompok (*group therapy/support group*) maupun individu.
 3. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR)
EMDR mengintegrasikan teknik dari CBT, psikodinamik, dan *body oriented therapy*. Ketika menjalani terapi ini, klien memusatkan perhatian pada hal-hal yang mengganggu emosinya dalam jangka waktu yang singkat sambil sekaligus memperhatikan rangsangan eksternal. Rangsangan yang sering digunakan adalah gerakan jari tangan, sentuhan tangan atau suara yang harus diikuti oleh gerakan bola mata klien.
Intervensi ini diharapkan memperbaiki proses kognitif dengan membentuk asosiasi antara ingatan traumatis dengan ingatan atau informasi lain yang lebih adaptif sehingga hasil akhirnya dapat mengurangi stres yang berkaitan dengan pengalaman atau ingatan traumatis.
 4. Psikofarmaka
Pada beberapa korban KDRT terutama di fase akut, terjadi ketidakseimbangan *neurotransmitter* otak yang membuat proses berpikir terganggu. Padahal proses berpikir yang baik sangat berpengaruh terhadap keberhasilan psikoterapi. Dengan demikian, beberapa psikofarmaka seperti antidepresan, ansiolitik maupun antipsikosis dosis rendah, dapat dikombinasikan dengan psikoterapi untuk hasil yang lebih optimal.
 5. Rencana Penyelamatan Diri
Rencana penyelamatan diri merupakan sebuah langkah untuk mengurangi risiko bahaya dan kekerasan dalam situasi yang tidak aman ketika klien harus tinggal serumah bersama pelaku kekerasan atau anggota keluarga lainnya. Rencana penyelamatan diri disampaikan oleh petugas dan didiskusikan

bersama dengan klien secara *online* ketika kriteria keselamatan klien (panduan layanan *online*) sudah terpenuhi dan ada waktu yang cukup untuk mendiskusikannya. Protokol lengkap penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan di masa pandemi dapat diakses secara gratis di *website* resmi kementerian pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak (Kemen PPPA, 2020).

Pandemi telah mengajarkan betapa banyak upaya yang harus dilakukan untuk memastikan korban KDRT terus mendapatkan akses dukungan, perlindungan, dan perawatan medis dalam situasi darurat. Bagi mereka yang berisiko mengalami KDRT, sangat direkomendasikan untuk selalu mengikuti perkembangan informasi terkini tentang *hotline crisis*, dukungan sosial dan profesional yang dapat membantu sebagai usaha mempertahankan kehidupan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almeida, M., Shrestha, A.D., Stojanac, D. & Miller, L. 2020. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Mental Health*, 23(6):741-748. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
- American Psychiatric Association. 2019. *Treating Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence Behaviors*. Washington DC: Division of Diversity and Health Equity American Psychiatric Association.
- Engel, B. 2005. *The Emotionally Abusive Relationship: How to Stop Being Abused and How to Stop Abusing*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Evans, M., Lindauer, M. & Farrell, M.E. 2020. A Pandemic within a Pandemic — Intimate Partner Violence during Covid-19. *N Engl J Med*, 383:2302-2304. DOI: 10.1056/NEJMp2024046
- Kemen PPPA, UNFPA, P2TP2A DKI Jakarta, Forum Penyedia Layanan, Yayasan Pulih. 2020. *Protokol Penanganan Kasus Kekerasan terhadap Perempuan di Masa Pandemi Covid-19*.
- Maiti, T., Rai, B. & Biswas, T. 2020. Women mental Health during COVID-19 and Lock down: A brief narrative and Introspection. - *Clin Psychiatry*, 6(3):71.
- Mahasneh, A.M., Zoubi, Z.H., Batayneh, O.T. & Jawarneh, M.S. 2013. The relationship between parenting style and adult attachment styles from Jordan University Students. *International J. Asian Soc. Sci.*, 3(6):1431- 1441
- Martsof, D.S., Draucker, C.B. & Brandau, M. 2013. Breaking Up Is Hard to Do: How Teens End Violent Dating Relationships. *Am. J. Psychiat. Nurses Association*, 19(2):71-77.

- McQueen, D. & Doctor R. 2010. *Attachment and women's mental health in Oxford Textbook of Women and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Muhdi, N. & Fithriyah, I. 2019. *Jiwa Sehat, Negara Kuat: Kekerasan domestik dan kesehatan jiwa perempuan*. Jakarta: Penerbit buku Kompas.
- O'connor, K. 2020. Reports of Domestic Violence Increase Due to Pandemic. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing. <http://doi.org/10.1176/appi.pn.2020.10a11>
- Susiana, S. 2020. *Kekerasan Dalam Rumah Tangga Pada Masa Pandemi Covid-19*. Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, *Info Singkat Vol.XII No.24/II/P3DI/Desember/2020*
- Sakamoto, H., Ishikane, M., Ghazvani, C. *et al.* 2021. Assessment of Suicide in Japan During the COVID-19 Pandemic vs Previous Years. *JAMA Netw Open*, 4(2):e2037378. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3737
- Wilson, K.J. 2005. *When Violence Begins at Home: A Comprehensive Guide to Understanding and Ending Domestic Abuse Violence-free living*. 2nd ed. Alameda, CA: Hunter House Publisher

AUP 2021

PANDEMI COVID-19 DAN KESEHATAN MENTAL TENAGA KESEHATAN

17

Zuhrotun Ulya, Ika Nurfarida, Nindita Pinastikasari, Ratri Istiqomah

PENDAHULUAN

Tenaga kesehatan (nakes) menjadi tumpuan pelaksanaan penyelenggaraan giat kuratif selama proses pandemi Covid-19 berjalan, hal ini tidak terlepas kerentanan munculnya gangguan kesehatan mental bermakna yang tidak hanya berhubungan dengan risiko infeksi akibat paparan namun juga *outburn* terhadap kuantitas kerja serta berbagai faktor risiko lain. Beberapa bentuk perhatian masalah kesehatan mental nakes seperti munculnya *burnout*, kelelahan, cemas, depresi, PTSD, reaksi stress akut, *moral injury* yang akan selalu berhubungan dengan aspek fisik, perilaku, emosi, dan kognitif (Greenberg, Docherty, Gnanapragasam & Wessely, 2020).

Nakes sering kali merasakan *distress* yang muncul dari rasa tidak nyaman, bersalah, kebingungan yang muncul dalam kegiatan harian. Emosi negatif dan *distress* psikososial muncul berulang hingga memicu rasa frustrasi, kemarahan, kesendirian, bosan, cemas yang berdampak pada performa kualitas layanan (lupa yang akan dilakukan, keterlambatan layanan, terhambatnya komunikasi efektif) (Nochaiwong *et al.*, 2020). Nakes menghadapi tantangan berupa peningkatan beban kerja, berkurangnya rasa aman dari risiko kontak terhadap diri sendiri dan keluarga, bekerja dalam ritme dinamis terkait perubahan protokol kesehatan, ketersediaan APD, risiko selama perawatan pasien atau sesama nakes yang mengalami infeksi, *blow up* informasi media yang berlebihan (Spoorthy, Pratapa & Mahant, 2020).

Beberapa penelitian menunjukkan masalah kesehatan mental terhadap nakes seperti halnya temuan bahwa nakes yang berusia di bawah 30 tahun memiliki skor depresi lebih tinggi (Cai *et al.*, 2020), nakes wanita lebih berisiko memiliki kecemasan, depresi, dan *distress* (Lai *et al.*, 2020), nakes usia 31–40 tahun lebih khawatir mengenai nasib keluarga mereka, sedangkan nakes usia 41–50 tahun lebih mengkhawatirkan keamanan diri dan komorbiditas gangguan kesehatan fisik yang dimiliki. Nakes yang lebih tua (di atas 50 tahun) cenderung mengalami peningkatan risiko stres karena kelelahan (Cai *et al.*, 2020). Secara keseluruhan tidak didapatkan perbedaan tingkat stres, cemas, dan depresi antar departemen pemberi layanan kesehatan (Liang, Chen, Zheng & Liu, 2020).

Pada akhirnya, permasalahan yang sering dialami nakes berhubungan dengan masalah fisik dan psikologis, meski demikian tidak semua nakes akan menghadapi atau memiliki masalah serupa (Walton, Murray & Christian, 2020). Pandemi Covid-19 menempatkan nakes dalam kemampuan merespons sebuah permasalahan hingga menempatkan dalam berbagai reaksi berbeda yang dijelaskan dalam Tabel 17.1.

TABEL 17.1 Reaksi individu terhadap bencana

Reaksi	Respons Internal
<i>Not upset at all</i>	Tidak menunjukkan kondisi <i>distress</i> bermakna, namun pada beberapa kondisi masih dimungkinkan muncul <i>distress</i> tapi segera membaik dengan dukungan anggota keluarga, teman dan pihak terkait.
<i>Proportionately distressed</i>	Muncul <i>distress</i> dalam beberapa fungsi namun masih bisa menyelesaikan tugas (tidak mengalami gangguan mental)
<i>Disproportionately distressed</i>	Sudah muncul <i>distress</i> dan disfungsi sosial, kerja, harian sehingga membutuhkan pemeriksaan dan pendampingan. Risiko mengalami gangguan mental apabila tidak mendapatkan tata laksana segera.
<i>Mentally disordered</i>	Muncul <i>distress</i> dan disfungsi berat sehingga mutlak dilakukan tata laksana layanan psikiatrik.

(Williams, Bisson & Kemp, 2014)

Nakes yang tidak menunjukkan *distress* akan lebih mudah melakukan *coping* terhadap diri sendiri, namun apabila sudah memiliki *distress* dan disfungsi diharapkan mampu mengukur kemampuan diri sehingga tidak memperburuk risiko kesehatan mental yang dialami. Intervensi segera terhadap risiko gangguan kesehatan mental pada nakes ditujukan untuk meningkatkan resiliensi psikologis dan menguatkan kapasitas sistem layanan kesehatan (Bao, Sun, Meng, Shi & Lu, 2020). Beberapa upaya seperti komunikasi efektif, pembatasan jam kerja, penyediaan area untuk beristirahat, akses dan aturan yang jelas terkait kebutuhan peralatan diri dinilai memberikan manfaat dan menurunkan kecemasan pada nakes (Pappa *et al.*, 2020). Dengan demikian, skrining, pantauan, evaluasi faktor risiko dan peran manajerial, serta organisasi profesi sangat diperlukan sebagai salah satu upaya perlindungan terhadap kesehatan mental nakes.

Bab ini ditujukan untuk membahas keterkaitan pandemi Covid-19 terhadap kesehatan mental nakes termasuk diantaranya evaluasi faktor risiko terkait di antaranya gangguan mental, masalah sosial, ekonomi, sarana prasarana tempat kerja, manajerial, dan organisasi profesi. Selain itu, akan disajikan mengenai skrining dasar yang dapat dilakukan di tempat kerja dan upaya awal terkait menjaga kesehatan mental untuk tenaga kesehatan selama pandemi Covid-19.

EVALUASI FAKTOR RISIKO NAKES (TENAGA KESEHATAN)

Berikut evaluasi berbagai faktor risiko tenaga kesehatan terkait dengan kondisi kesehatan mental di masa pandemi Covid-19 ini.

Faktor Risiko Ekonomi Terhadap Kesehatan Mental Nakes

Selama masa pandemi Covid-19, masyarakat lebih disarankan untuk tinggal di rumah saja jika tidak ada kepentingan yang mendesak untuk keluar rumah. Hal ini disebutkan dapat memiliki efek terhadap perilaku masyarakat untuk datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Terlebih lagi, jika ditambah dengan perasaan khawatir atau takut tertular penyakit saat pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan, maka mereka akan mengurungkan niatnya untuk datang berobat, meskipun mereka sebenarnya membutuhkan bantuan kesehatan (Cutler, 2020). Di sisi lain, fasilitas pelayanan kesehatan sendiri juga melakukan pembatasan pelayanan elektif dan pelayanan tertentu akibat penyesuaian sarana dan sumber daya yang terdampak oleh pelayanan Covid-19. Perlahan-lahan, hal ini kemudian berdampak

pada pendapatan atau perekonomian dari tenaga kesehatan terutama di sektor privat yang tidak memperoleh sokongan dana dari pemerintah (Page, 2020).

Beberapa praktik fasilitas kesehatan primer melaporkan adanya penurunan yang cukup besar bahkan hingga mencapai 70% dari angka kunjungan layanan kesehatan primer sebelum pandemi Covid-19. Sebab itu, klinik atau praktik-praktik yang tidak memiliki cadangan kas yang besar dapat melakukan pemotongan pendapatan dari nakes. Pada kasus dengan masalah ekonomi yang berat, sejumlah nakes dapat diberhentikan dari pekerjaannya (Cutler, 2020). Nakes pun kemudian harus menerima akibatnya, yaitu perubahan jumlah pendapatan yang menurun drastis, bonus atau jasa-jasa layanan yang tidak lagi ada, atau kehilangan pekerjaannya. Baik itu karena terpaksa mengundurkan diri ataupun karena kebijakan yang diambil oleh fasilitas pelayanan kesehatan tempat bekerja (Page, 2020).

Masalah tidak adanya pekerjaan ataupun masih bekerja namun dengan pendapatan yang menurun pada salah satu studi yang dilakukan oleh Gualano *et al.* (2020) disebut sebagai *economical struggle* atau perjuangan ekonomi. Dalam analisis yang dilakukan, masalah perjuangan ekonomi ini merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan mental termasuknya pada nakes. Sejumlah 3 dari 4 orang yang mengalami masalah ekonomi di masa pandemi ini diketahui memiliki gejala-gejala terkait kesehatan mental. Masalah terkait kesehatan mental yang banyak muncul dan dinilai signifikan adalah gejala depresi dan gangguan tidur. Gangguan kecemasan cukup banyak muncul pada beberapa subjek namun tidak menunjukkan angka yang signifikan.

Dijelaskan lebih lanjut bahwa dalam kondisi sebaliknya, yaitu ketika seseorang memiliki pekerjaan yang tetap dengan pendapatan yang tidak bermasalah, maka hal tersebut dapat menjadi faktor protektif dari terjadinya gejala depresi. Tentu saja, faktor-faktor risiko lain yang berpengaruh juga harus ikut dipertimbangkan. Misalnya, ada tidaknya dukungan sosial yang dimiliki (Gualano *et al.*, 2020) termasuk dukungan dari fasilitas pelayanan kesehatan tempat nakes tersebut bekerja juga menjadi faktor protektif yang berpengaruh terhadap kondisi kesehatan mental nakes (Dubey *et al.*, 2020).

Salah satu hal yang kemudian dilakukan oleh beberapa fasilitas pelayanan kesehatan adalah dengan mempekerjakan nakes sebagai relawan. Kondisi ini membuka kesempatan bagi nakes untuk mendapatkan ikatan pekerjaan dan pendapatan. Meskipun demikian, model pekerjaan sebagai relawan ini terkadang masih menimbulkan masalah karena waktu kontraknya yang pendek atau besaran pendapatan yang tidak sebesar nakes pada umumnya. Oleh sebab itu, masih

diperlukan regulasi dan telaah lanjutan mengenai nakes sebagai relawan di fasilitas pelayanan kesehatan agar tetap mendapatkan hak yang sesuai dan mendukung kondisi kesehatan dan kesejahteraan mentalnya (Page, 2020).

Nakes harus tetap diberikan penghargaan termasuk dalam bentuk pendapatan yang layak agar tetap dapat optimal dalam menjalankan pekerjaannya dalam merawat pasien Covid-19. Oleh karena itu, sebagai penghargaan bagi nakes yang menangani Covid-19 di Indonesia, pemerintah mengalokasikan sebagian anggaran untuk insentif mereka. Dalam memutus mata rantai penularan Covid-19, nakes sangat berisiko terpapar dan mengalami risiko lainnya sehingga perlu apresiasi dan diberikan penghargaan dari pemerintah bersifat finansial maupun non-finansial. Penghargaan bersifat finansial yang diberikan berupa insentif dengan nominal tertentu yang didasarkan pada risiko keterpaparan dan beban kerja, serta santunan kematian bagi nakes yang meninggal dikarenakan paparan Covid-19 saat bertugas. Diharapkan dengan pemberian insentif dan santunan kematian ini, dapat meningkatkan semangat dan etos kerja nakes untuk memberikan pelayanan terbaik guna mempercepat penanganan pandemi Covid-19 (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Meskipun demikian, insentif ini tidak otomatis didapatkan oleh nakes. Untuk mendapatkannya, terdapat alur proses dan administrasi yang harus dilengkapi oleh fasilitas pelayanan kesehatan tempat nakes bekerja. Dengan demikian, tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan harus sama-sama memahami mengenai alur proses mengenai insentif ini dan saling membantu melengkapi administrasi yang dibutuhkan sesuai dengan peran dan tanggung jawab masing-masing. Untuk lengkapnya dapat merujuk pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/278/2020 tentang pemberian insentif dan santunan kematian bagi nakes yang menangani Covid-19.

Faktor Risiko Sarana dan Prasarana di Tempat Kerja Terhadap Kesehatan Mental Nakes

Masalah keterbatasan ketersediaan alat pelindung diri dan sarana-sarana lain terkait proteksi terhadap penyakit merupakan salah satu faktor yang juga berpengaruh pada psikis dari nakes (Dubey *et al.*, 2020). Penelitian yang dilakukan oleh Chen *et al.* (2020) menyebutkan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat pelindung diri berdampak baik pada status kesehatan mental dari nakes. Bagi sebagian nakes, tersedianya alat pelindung diri yang sesuai dan memadai di tempat kerja menjadi salah satu dukungan bagi kondisi

mental mereka. Begitu pula sebaliknya, jika terjadi masalah pada ketersediaan alat pelindung diri, maka dapat meningkatkan kecemasan pada nakes dan berpengaruh pada kepercayaan diri mereka dalam melakukan pelayanan kepada pasien.

Di samping ketersediaan alat pelindung diri, yang harus dipenuhi adalah adanya regulasi yang jelas mengenai standar atau level penggunaan alat pelindung diri di fasilitas pelayanan kesehatan. Regulasi yang jelas akan membuat nakes merasa cukup dan dapat mengurangi kecemasan yang mungkin timbul yang dapat berefek pada penggunaan alat pelindung diri yang tidak sesuai atau berlebihan. Hal ini harus disertai juga dengan pelatihan sebelum nakes mulai bekerja di ruang isolasi. Misalnya, pelatihan menggunakan dan melepas alat pelindung diri dengan benar dan pelatihan lain terkait proses-proses di fasilitas pelayanan kesehatan (Chen *et al.*, 2020).

Selain alat pelindung diri, sarana yang dibutuhkan oleh nakes di fasilitas pelayanan kesehatan juga memiliki pengaruh yang sama. Misalnya, ketersediaan sarana untuk nakes mencuci tangan yang memadai akan memberikan dukungan mental kepada mereka. Sebaliknya, kekurangan sarana ini akan mengakibatkan timbulnya kecemasan (Chen *et al.*, 2020). Kecemasan dengan bentuk rasa takut atau khawatir terhadap kontaminasi di masa pandemi Covid-19 ini dapat dibantu dikendalikan dengan menyediakan fasilitas sanitasi yang mencukupi. Fasilitas cuci tangan yang tersedia di sepanjang fasilitas pelayanan kesehatan dan juga fasilitas kamar mandi untuk nakes (Dubey *et al.*, 2020).

Pada sebagian nakes diketahui bahwa mereka mengalami masalah kesehatan mental karena merasa kelelahan dan kurang istirahat. Sebab itu, mereka akan merasa mendapatkan dukungan ketika fasilitas pelayanan kesehatan tempat mereka bekerja memberikan fasilitas beristirahat untuk nakes. Bagi nakes yang bergejala atau memerlukan isolasi, mereka juga akan merasa tenang ketika fasilitas pelayanan kesehatan tempat mereka bekerja menyediakan tempat untuk isolasi. Sebab, mereka tidak lagi perlu cemas karena melakukan isolasi di rumah yang berisiko penularan terhadap anggota keluarga yang lain. Penyediaan tempat tinggal, jaminan pemenuhan kebutuhan sehari-hari seperti makan minum akan menjadi suatu dukungan yang baik untuk kondisi kesehatan mental mereka (Chen *et al.*, 2020).

Masalah kesehatan mental sangat mungkin dialami oleh nakes yang bekerja di ruang isolasi bagi penderita Covid-19. Sebab itu, setidaknya mereka memiliki kemampuan untuk melakukan relaksasi atau melakukan penanganan awal pada kecemasan atau masalah kesehatan mental lainnya setidaknya untuk diri mereka

sendiri. Akan lebih baik ketika fasilitas pelayanan kesehatan tempat mereka bekerja memberikan fasilitas untuk pelatihan ini (Chen *et al.*, 2020). Sarana pelatihan untuk nakes yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang melayani penderita Covid-19 menjadi salah satu hal penting karena akan membekali skill yang diperlukan oleh nakes terutama pelatihan mengenai pengendalian infeksi. Dengan bekal dari pelatihan, kecemasan yang mungkin muncul akan menjadi berkurang (Dubey *et al.*, 2020).

Faktor Risiko Terkait Penyakit dan Masalah Sosial Terhadap Kesehatan Mental Nakes

Nakes dengan komorbid penyakit fisik perlu tetap menjaga kondisi kesehatan di sela menjalankan tugas. Tidak sedikit nakes yang positif terpapar Covid-19 hingga beberapa diantaranya meninggal dunia dan anggota keluarga juga ikut terpapar. Hal ini tentunya secara sosial berpengaruh kepada nakes lainnya baik secara fisik maupun mental setelah mengetahui kejadian tersebut. Adanya deteksi dini untuk mengetahui faktor risiko terkait keluhan fisik maupun mental yang dialami nakes dan faktor sosial diperlukan dalam masa pandemi. Dukungan deteksi dini ini sangat diperlukan agar kualitas hidup nakes meningkat dan bisa bertahan menghadapi paparan Covid-19 sehingga nakes mampu memberikan pelayanan yang optimal bagi masyarakat atau pasien yang membutuhkan.

Deteksi dini secara holistik sangat diperlukan oleh nakes untuk bisa tetap menjaga kesehatannya mencakup antara lain sebagai berikut.

1. Deteksi Kesehatan Fisik

Adanya pemberian fasilitas bagi Nakes untuk melakukan *general check-up*, pelayanan untuk mengontrol penyakit komorbid yang dimiliki oleh tenaga kerja bisa menjadi salah satu alat deteksi untuk mengetahui tingkat kesehatan dan kesiapan nakes dalam memberikan pelayanan kepada pasien yang dilayaninya.

2. Deteksi Kesehatan Mental

Adanya pemeriksaan psikologis berupa wawancara terstruktur dan skrining pemeriksaan kesehatan mental menggunakan instrumen yang sudah divalidasi dapat menjadi salah satu sarana untuk mendeteksi adanya gangguan pada kesehatan mental nakes. Hasil skrining atau pemeriksaan tersebut dapat digunakan sebagai salah satu acuan dalam melakukan tata laksana selanjutnya agar gangguan dapat segera diatasi dan tidak semakin memberat.

Tanda dan gejala keluhan terkait kesehatan mental akan bersifat individual tergantung dari *individual coping strategies* seperti *acceptance*, *behavioral activation*, dan *mindfulness* yang bisa efektif digunakan. Hal ini tentunya berpengaruh kepada resiliensi dan pemulihan yang cepat dengan meningkatnya toleransi dalam menghadapi kondisi *distress* serta meningkatnya perasaan saling terkoneksi satu sama lain sehingga bisa menyemangati timbulnya tindakan yang berorientasi pada tujuan dan nilai positif dalam menghadapi situasi yang penuh tekanan (Polizzi *et al.*, 2020).

Tinjauan Manajerial dan Organisasi Terkait Kesehatan Mental Nakes

Pandemi Covid-19 menimbulkan beban berat bagi berbagai kalangan, tak terkecuali sistem pelayanan kesehatan, termasuk yang dirasakan oleh nakes. Sebelum pandemi, petugas *frontline* di pelayanan kesehatan mempunyai risiko lebih besar terhadap kesehatan. Pada saat pandemi, masalah gangguan mental pada nakes masih terus ada dan terdapat kecenderungan mengalami peningkatan (Muller *et al.*, 2020).

Selama pandemic, dilaporkan terdapat peningkatan kejadian kecemasan dan/atau depresi pada satu dari lima nakes, sedangkan insomnia pada sekitar dua dari lima orang nakes (Pappa *et al.*, 2020). Videgaard & Benros (2020) melaporkan hasil dari beberapa studi bahwa angka kejadian kecemasan, depresi, dan gangguan tidur lebih tinggi pada nakes dibandingkan pada populasi umum. Risiko gangguan mental pada nakes wanita lebih besar daripada laki-laki. Perawat mempunyai risiko gangguan mental lebih besar daripada dokter. Nakes dengan posisi jabatan rendah dan menengah mempunyai risiko lebih besar daripada nakes senior (Kusumawardani *et al.*, 2020).

Melindungi profesional perawatan kesehatan merupakan komponen penting untuk mengatasi krisis kesehatan skala besar. Hal ini memberikan implikasi bahwa intervensi untuk mempromosikan kesejahteraan mental pada profesional kesehatan perlu segera dilaksanakan (Hage *et al.*, 2020). WHO mengajak semua pihak untuk segera menilai kebutuhan dan segera mengambil langkah untuk membantu menyelamatkan hidup nakes serta mencegah dampak negatif baik terhadap fisik maupun mental mereka (WHO, 2020).

Menurut Remuzzi (2020), keberlanjutan respons perawatan kesehatan dalam menghadapi krisis berkepanjangan seperti pandemi sepenuhnya bergantung pada kemampuan individu dalam menjaga kesehatan diri sendiri. Diperlukan

pemahaman terhadap faktor risiko, dampak terhadap kesehatan jiwa pada nakes, serta kemampuan mengidentifikasi dan mengatasi jika ada kejadian yang tidak diharapkan. Temuan saat ini, stres psikososial yang dialami oleh nakes antara lain disebabkan sistem pelayanan kesehatan kurang efektif membantu para nakes (Muller *et al.*, 2020). Dengan demikian, sistem manajemen pelayanan kesehatan bagi nakes di era pandemi merupakan hal penting untuk menjaga agar para nakes tetap sehat dan dapat menjalankan fungsinya secara optimal.

Usulan bentuk intervensi psikologis komprehensif untuk nakes di *front liner* yang dikembangkan oleh Cao *et al.* (2020) dan Hong *et al.* (2020) yang juga dapat diadaptasi di Indonesia adalah sebagai berikut.

1. Dilakukan karantina penuh selama dua minggu setelah bekerja selama 2–3 minggu. Karantina ini dimaksudkan untuk meringankan kecemasan tentang kesehatan keluarganya.
2. Memendekkan waktu kerja.
3. Melibatkan serikat pekerja untuk memberikan support kepada keluarga nakes.
4. Menyediakan telepon *hotline service* untuk Nakes yang memerlukan pelayanan psikiater atau psikolog. Disediakan selama empat jam setiap minggu untuk masing-masing nakes. *Standby* selama 12 jam setiap hari.

Terdapat beberapa intervensi untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan jiwa pada nakes yang disebabkan oleh pandemi Covid-19 (Kusumawardani *et al.*, 2020; Muller *et al.*, 2020). Berdasarkan target, intervensi tersebut dibagi menjadi

1. intervensi terhadap struktur organisasi (*managerial management*);
2. penyediaan tim/*collegial support* (*intrapersonal management*);
3. strategi secara individu untuk mengatasi keluhan secara pribadi (*interpersonal management*).

Berdasarkan tinjauan dalam subbab ini, upaya manajerial organisasi dalam penanganan masalah kesehatan jiwa pada nakes dapat digambarkan dalam Tabel 17.2.

Pendekatan organisasi yang proaktif dapat menurunkan stigma dan menunjukkan bahwa hal tersebut merupakan intervensi yang efektif bagi para nakes. Kepemimpinan yang bersih, jujur, dan komunikatif terhadap semua staf dan karyawan dapat menurunkan rasa ketakutan dan ketidakpastian karyawan terhadap situasi pandemi (Blake *et al.*, 2020; Cole *et al.*, 2020). Organisasi harus

mampu menyusun perencanaan, pelaksanaan, dan melakukan evaluasi setiap level upaya manajerial dalam pengendalian risiko kesehatan dan keselamatan nakes di era pandemi Covid-19 saat ini. Dengan penerapan upaya manajerial penanganan masalah kesehatan jiwa pada nakes yang komprehensif diharapkan mampu meringankan beban nakes dan keluarga di era pandemi.

Skrining Dasar Kesehatan Mental untuk tenaga Kesehatan

Kebutuhan skrining dapat dilaksanakan di berbagai institusi penyelenggara kesehatan, beberapa *tools* pemeriksaan yang rutin digunakan seperti PHQ-9, GAD-7, dan PCL-C 17, tetapi tidak menutup kemungkinan menggunakan *tools* lain yang berhubungan.

TABEL 17.2 Upaya Manajerial Penanganan Masalah Kesehatan Jiwa pada Tenaga Kesehatan di Era Pandemi Covid-19

	Lingkup	Intervensi
<i>Managerial Management</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sikap kepemimpinan (<i>leadership</i>) 2. Kemampuan komunikasi (<i>communication skill</i>) yang baik. 3. Komitmen dukungan para manajer dalam penanganan kesehatan mental para nakes. 4. Manajemen perencanaan, pengorganisasian dan evaluasi: <ul style="list-style-type: none"> • Manajemen SDM • Manajemen Anggaran • Manajemen Pelayanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen SDM <ul style="list-style-type: none"> • Menjamin ketersediaan SDM termasuk SDM tambahan baik nakes maupun tenaga administrasi dan pendukung kesehatan, jika sewaktu-waktu dibutuhkan. • Melakukan pemantauan kinerja staf, sebagai upaya mitigasi risiko terjadinya masalah kesehatan fisik dan mental nakes. • Menyusun kebijakan tentang pengaturan waktu kerja dan istirahat. • Menyediakan pelatihan menghadapi masalah psikososial saat pandemi. • Pemberian insentif sebagai kompensasi risiko yang dihadapi oleh para nakes. • Ucapan terima kasih baik secara lisan maupun tertulis dari pimpinan kepada staf dapat bermanfaat untuk meningkatkan resiliensi nakes di era pandemi. 2. Manajemen Anggaran: <ul style="list-style-type: none"> • Menjamin ketersediaan infrastruktur dan APD yang sesuai standar dan mencukupi kebutuhan pelayanan • Menjamin ketersediaan anggaran kondisi darurat

Lingkup

Intervensi

Intrapersonal Management

1. Upaya memberikan dukungan sosial kepada para nakes yang rentan mengalami masalah kejiwaan.
2. Dukungan sosial post-trauma:
 - Primer: diberikan kepada nakes setelah menghadapi kematian teman kerjanya.
 - Sekunder: diberikan kepada nakes yang mengalami konflik dengan teman kerja dan atau kesulitan dalam melaksanakan pekerjaan selama masa pandemi

Interpersonal Management

1. Prinsip: *self-help*, *self-efficacy*, dan *build social capacity* untuk meningkatkan kapasitas manajemen stres nakes.
2. Keberhasilan dipengaruhi oleh tingkat resiliensi individu.

3. Manajemen Pelayanan

- Menyusun *guideline*, standar prosedur operasional (SPO) yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan layanan klinis maupun manajerial di era pandemi.
- Menyelenggarakan forum diskusi untuk menjembatani masalah yang timbul akibat perbedaan pendapat dan ketidakpastian dalam penanganan pandemi.
- Menetapkan tim pendukung psikososial.
- Menetapkan alur pelayanan jika terjadi masalah kesehatan pada nakes.

1. Layanan yang diberikan oleh *peer support*
2. Layanan konseling psikososial secara *online* selama 24 jam.

TABEL 17.3 Kuesioner PHQ-9

Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Saudara terganggu oleh masalah berikut? (0= tidak pernah; 1 = beberapa hari; 2= lebih dari separuh waktu yang dimaksud; 3= hampir setiap hari).

Pertanyaan	0	1	2	3
Kurang berminat atau bergairah dalam melakukan apapun				
Merasa murung, sedih atau putus asa				
Sulit tidur. Mudah terbangun atau terlalu banyak tidur				
Merasa lelah atau kurang bertenaga				
Kurang nafsu makan atau terlalu banyak makan				
Kurang percaya diri—atau merasa bahwa diri sendiri gagal atau mengecewakan diri atau keluarga				
Sulit konsentrasi, misal membaca berita atau menonton televisi				
Bergerak atau bicara sangat lambat sehingga orang lain memperhatikannya atau sebaliknya, merasa resah atau gelisah sehingga bergerak lebih dari biasanya				
Merasa lebih baik mati atau ingin melukai diri sendiri dengan cara apapun				
Total skor				

Interpretasi:

Skor < 10 : gejala depresi ringan; saran psikoedukasi apabila mengalami perburukan gejala

Skor 10–14 : depresi ringan; saran observasi keluhan yang dialami, dipertimbangkan untuk melakukan psikoterapi.

Skor 15–19 : depresi sedang; dipertimbangkan untuk melakukan psikoterapi.

Skor ≥ 20 : depresi berat; saran konsultasi dengan psikiater, pemberian antidepresan dan psikoterapi.

(Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001)

Upaya Menjaga Kesehatan Mental untuk Tenaga Kesehatan selama Pandemi Covid-19

Salah satu upaya dalam menjaga kesehatan mental untuk nakes adalah berada dalam lingkungan yang suportif, saling menjaga satu sama lain dan memahami kebutuhan fisik serta psikologis yang dimiliki (Chen *et al.*, 2020). Kesejahteraan mental nakes adalah hal yang sangat penting untuk dijaga pada masa pandemi yang belum diketahui waktu berakhirnya (Dubey *et al.*, 2020). Bentuk konkret dalam menjaga kesehatan mental nakes adalah melakukan *self-talk* mengenai keadaan yang dimiliki, setidaknya akan membantu menemukan motivasi, pemaknaan, dan evaluasi kesehatan mental diri sendiri.

TABEL 17.4 Kuesioner GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006)

Dalam 2 minggu terakhir, apakah Saudara merasakan hal berikut? (0= tidak pernah; 1= kurang dari 1 minggu; 2= mengalami dalam 1 minggu; 3= hampir setiap hari).

Pertanyaan	0	1	2	3
Merasa tidak tenang (panas, dingin, pikiran kosong)				
Tidak dapat menghentikan atau mengendalikan rasa khawatir (berdebar, gemetar, pusing, mengulang hal yang sudah dilakukan)				
Terlalu khawatir banyak hal				
Muncul gangguan istirahat				
Gelisah hingga sulit untuk duduk tenang				
Menjadi mudah jengkel atau marah				
Merasa takut jika ada hal buruk yang terjadi				
Total skor				

Interpretasi:

- Skor 0–4 : cemas minimal
- Skor 10–14 : cemas sedang
- Skor 5–9 : cemas ringan
- Skor 15–21 : cemas berat

TABEL 17.5 Checklist *Self-talk* untuk nakes dan pimpinan di tempat kerja

Self-talk Nakes Tanggung jawab dan upaya staf Nakes	Self-talk pimpinan kerja Tanggung jawab dan keputusan pimpinan
<p>Cobalah jujur dalam memahami situasi berikut ini (kepada diri sendiri dan pimpinan mengenai pengalaman sebelumnya dan kebutuhan personal yang dimiliki):</p> <ul style="list-style-type: none">• Apa harapan saya dalam kegiatan layanan ini?• Kenapa saya harus terlibat dalam layanan ini?• Kemana saya akan pergi?• Informasi apa yang sebenarnya saya butuhkan?• Apakah saya sudah memiliki keterampilan profesional yang dibutuhkan?• Bisakah saya menjaga diri saya sendiri?• Apa yang bisa saya lakukan untuk merawat diri sendiri?• Apa yang saya lakukan untuk menjaga keamanan diri sendiri?• Apa pendapat keluarga mengenai tugas yang saya kerjakan ini dan siapa yang akan <i>men-support</i> mereka?• Dengan siapa saya bekerja?• Sudahkah saya mengevaluasi hubungan saya dengan rekan kerja dalam tim?• Sudahkah saya mengambil kesempatan untuk mengembangkan hubungan yang baik dan menyelesaikan permasalahan antara saya dengan tim?• Bagaimana saya akan mengenali jika saya memiliki masalah saat ditempatkan di unit kerja atau setelah saya kembali?	<p>Refleksikan Kembali bentuk tanggung jawab umum dan tindakan pimpinan yang perlu untuk menyediakan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sudahkah saya memberikan gaya kepemimpinan dengan strategi efektif, taktis, operasional dan praktikal dari hari ke hari?• Sudahkah saya memberikan informasi yang bermakna untuk semua anggota?• Sudahkah saya memberikan dukungan untuk anggota tim?• Sudahkah saya memberikan saran dan dukungan jika terjadi krisis selama penempatan mereka dalam tugas berisiko? (bagaimana jika mereka terinfeksi, sakit, mengalami <i>distress</i>)• Sudahkah saya memberikan dukungan sosial untuk semua anggota?• Sudahkah saya memikirkan aspek psikososial yang dimiliki tim?

(Diadaptasi dari Williams, Bisson & Kemp, 2014)

Selain upaya *self-talk* tersebut, Vizheh *et al.* (2020) menjelaskan intervensi holistik yang disarankan dan bisa dilakukan agar kesehatan fisik dan mental nakes tetap terjaga antara lain sebagai berikut.

1. *Supportive Intervention*

Dukungan pada nakes dapat diberikan oleh anggota keluarga, pemerintah, masyarakat atau komunitas, organisasi, rekan kerja, dan atasan. Dukungan

tersebut dapat berupa tersedianya *peer support system*, tim psikoterapi profesional, perhatian yang dicurahkan terhadap pendapat dan gagasan nakes tentang berbagai masalah terutama yang berkaitan dengan pandemi. Hal tersebut dapat berupa sarana saluran komunikasi untuk memberikan masukan dan umpan balik, penyediaan dukungan untuk kebutuhan psikologis berupa pelayanan psikologis daring yang juga dapat berfungsi sebagai intervensi krisis psikologis, adanya perawatan tepat waktu untuk nakes dan anggota keluarganya yang terinfeksi Covid-19, dan menganggap infeksi di tempat kerja tersebut sebagai cedera terkait pekerjaan sehingga nakes merasa aman dalam menghadapi masa pandemi.

2. *Encouragement and Motivation Intervention*

Intervensi ini berupa pengakuan dan penghargaan atas kerja keras nakes yang diberikan oleh pemerintah dan masyarakat; para atasan kerja mengaktifasi rasa tanggung jawab, tujuan dan membangkitkan semangat beraktivitas nakes; menyemangati nakes untuk melakukan teknik relaksasi seperti yoga, meditasi dan teknik lainnya; menyediakan terapis yang membantu untuk mengurangi beban penderitaan dan frustrasi yang dialami nakes; menerapkan tindakan efektif untuk mengurangi jumlah pasien yang terinfeksi Covid-19.

3. *Protective Intervention*

Intervensi protektif juga disarankan untuk bisa diberikan kepada nakes antara lain dengan:

- a. menyediakan alat pelindung diri yang adekuat dan efektif;
- b. memenuhi kebutuhan nakes agar mudah mendapatkan makanan dan minuman yang sehat;
- c. memberikan waktu istirahat bagi nakes;
- d. merancang dan menyediakan tempat istirahat yang aman bagi nakes;
- e. mempertimbangkan jam kerja dan rotasi waktu kerja yang lebih pendek khususnya di unit kerja yang berisiko tinggi terpapar Covid-19;
- f. memberikan sarana akomodasi dan penginapan bagi nakes yang bertugas di unit risiko tinggi, memiliki siklus rotasi kerja cepat atau tempat tinggalnya jauh dari tempat bertugasnya;
- g. menyediakan dukungan pada tenaga kerja untuk merawat anak;
- h. mengirimkan tim medis baru yang berasal dari unit kerja dengan jumlah pasien yang lebih sedikit;
- i. memonitor dan memeriksa kesehatan fisik dan mental nakes secara berkala;

- j. menyediakan *standard operating procedures* bagi tim nakes;
- k. mengidentifikasi nakes yang kelelahan baik secara fisik maupun mental.

4. *Educational and Training Intervention*

Intervensi dalam hal ini meliputi penyediaan pendidikan kesehatan mental secara daring melalui program komunikasi; pengembangan dan publikasi pedoman yang relevan baik berupa buku, buku saku, arahan, manual dokumen, artikel atau video edukasi daring; pedoman manajemen mengatasi stres akut, *mindfulness training*, *assertive training*, *self-awareness training*, dan *protection training*.

5. *Using The Platform of Technology and Online Services*

Pada situasi pandemi saat ini diperlukan pengurangan kontak fisik agar dapat mengurangi risiko transmisi infeksi dan banyak menggunakan alternatif sarana teknologi informasi dan pelayanan daring. Saat ini sudah banyak intervensi suportif, pendidikan dan psikologis yang menggunakan internet dan instrumen daring.

Dalam situasi saat ini juga digunakan *telemedicine technology* sehingga dapat mengurangi paparan pertemuan yang tidak diperlukan, risiko terinfeksi, beban kerja berlebihan bagi nakes dan lebih memiliki waktu untuk merawat pasien dengan kondisi akut. Teknologi ini diwujudkan dengan menggunakan *video conferencing platforms*. Teknologi *video conferencing platforms* seperti ini dapat digunakan untuk melakukan konseling, edukasi dan mengontrol transmisi penyakit. Selain itu juga tersedia *hotline*, *smartphone* dan media sosial untuk tetap bisa melakukan konseling.

Salah satu teknologi praktis yang dapat digunakan untuk meminimalisir beban kerja nakes adalah *m-health (mobile health)*. Teknologi ini digunakan untuk memberikan notifikasi dan pengingat waktu perawatan; pendidikan kesehatan mental daring, pelayanan konseling psikologis daring, sistem intervensi *psychological self-help*. Teknologi ini juga bisa digunakan untuk mengenali adanya indikasi seseorang atau nakes yang akan melakukan bunuh diri atau kondisi krisis psikologis lainnya. Bahkan dengan teknologi ini bisa dirancang metode program penyelamatan yang dapat menghitung kemungkinan bunuh diri dan menyediakan alarm yang diperlukan untuk memberikan intervensi psikologis pada kondisi krisis.

RINGKASAN

Kesehatan mental tenaga kesehatan terpengaruh oleh adanya Covid-19 yang tidak hanya melibatkan aspek fisik namun juga psikologis. Kerentanan terbesar muncul dalam bentuk kelelahan, *outburn*, stress, cemas, depresi hingga PTSD. Tidak didapatkan perbedaan respon kondisi mental di berbagai departemen (asal pemberi layanan kesehatan) karena semua tenaga kesehatan memiliki risiko yang sama. Setiap tenaga kesehatan perlu memahami risiko dan kerentanan yang dimiliki untuk dapat lebih memahami kapasitas fungsi kerja dan batas kemampuan yang ada. Faktor stres yang bermakna dan berbagai risiko terkait seperti ekonomi, sarana dan prasarana, aspek fisik dan mental, serta sokongan manajerial dan organisasi profesi turut berkontribusi terhadap kerentanan gangguan mental yang dialami tenaga kesehatan. Upaya komprehensif menjadi solusi perbaikan terhadap kerentanan yang dialami sehingga memerlukan keterlibatan berbagai pihak untuk mengantarkan tenaga kesehatan menjadi lebih aman dan sejahtera dari aspek kesehatan mental.

Rekomendasi untuk instansi atau fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat kerja nakes di antaranya adalah sebagai berikut.

1. Membentuk tim intervensi psikiatri psikologi, terdiri dari pelatihan daring untuk mendampingi tenaga kesehatan untuk menghadapi masalah kesehatan mental yang sering muncul.
2. Membentuk tim *hotline* pendampingan psikiatri psikologi untuk memberikan pendampingan dan supervisi untuk menyelesaikan suatu masalah kesehatan mental
3. Intervensi psikiatri psikologi yang dapat meliputi berbagai aktivitas untuk mengatasi suatu masalah kesehatan mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J. & Lu, L. 2020. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*, 395(10224), 37-38. doi:10.1016/S0140-6736(20)30309-3
- Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G. & Tabner, A. 2020. Mitigating The Psychological Impact of Covid19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *Int J Environ Res Public Health*, 17(9):1-15. HYPERLINK "<https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>" <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>

- Cai, H., Tu, B., Ma, J. *et al.* 2020. Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor*, 26:1-16. doi:10.12659/MSM.924171
- Cao, J., Wei, J., Zhu, H. *et al.* 2020. A study of basic needs and psychological wellbeing of medical workers in the fever clinic of a tertiary general hospital in Beijing during the COVID-19 outbreak. *Psychother. Psychosom*, 89:252-254. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1159/000507453>" <https://doi.org/10.1159/000507453>
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., *et al.* 2020. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak [published correction appears in *Lancet Psychiatry*. 2020 May;7(5):e27]. *Lancet Psychiatry*, 7(4):e15-e16. doi:10.1016/S2215-0366(20)30078-X
- Cole, C.L., Waterman, S., Stott, J., *et al.* Adapting IAPT Services to Support Frontline NHS Staff during the Covid19 Pandemic: The Homerton Covid Psychological Support (HCPS) Pathway. *Cognitive Behav Ther.* 13(e12):1-12. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000148>
- Cutler, D. 2020. How will Covid-19 affect the health care economy? *JAMA Forum*, 323(22):2237-2238. HYPERLINK "<https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2764547>" [h ttps://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2764547](https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2764547).
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., *et al.* 2020. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*, 14(5):779-788. doi:10.1016/j.dsx.2020.05.035
HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Giorgi+G&cauthor_id=33120930"
Giorgi, G., HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Lecca+LI&cauthor_id=33120930" Lecca, L.I., HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Alessio+F&cauthor_id=33120930" Alessio F. *et al.* 2020. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*, 17(21):7857. doi:10.3390/ijerph17217857
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. & Wessely, S. 2020. Managing Mental Health Challenges Faced by Healthcare Workers during Covid-19 Pandemic. *British Medical Journal*, 368:1-4. doi:10.1136/bmj.m1211
- Gualano, M.R., LoMoro, G. *et al.* 2020. Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *Int J Environ Res Public Health*, 17(13):4779. doi:10.3390/ijerph17134779
HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=El-Hage+W&cauthor_id=32370984" Hage W.E., HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Hingray+C&cauthor_id=32370984" Hingray C., HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Lemogne+C&cauthor_id=32370984" Lemogne C.,

- et al.* 2020. Health Professionals Facing The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: What are The Mental Health Risks? *J.Encephale*, 46(3S):S73-S80. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008.
- Hong, X., Cao, J., Wei, J. *et al.* 2021. The Stress and Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Medical Workers at the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing: a Cross-Sectional Study. *BJPsych Open*, 7(e76);1-7.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. 2001. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kusumawardani, D.A., Nurika, G. & Luthfiyana, N.U. 2020. The Mental Health of Medical Workers During The Covid19 Pandemic: How Do We Manage it? *Jurnal Kesehatan Lingsungan*, 12(1):21-28. DOI: 10.20473/jkl.v12i1si.2020.21-28
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y. *et al.* 2020. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e204006. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Liang, Y., Chen, M., Zheng, X. & Liu, J. 2020. Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. *Journal Psychosomatic Research*, 113(110102):1-3. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110102
- Muller, A.E., Hafstad, E.V., Himmels, J.P. *et al.* 2020. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid sistematic review. *Psychiatry Research*, 293(2020):113441
- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Awiphan, R., *et al.* 2020. Mental health circumstances among health care workers and general public under the pandemic situation of COVID-19 (HOME-COVID-19). *Medicine (Baltimore)*, 99(26):1-7. doi:10.1097/MD.00000000000020751
- Page, L. Covid-19: employers cut doc pay and bonuses: what's your recourse? *Medscape Medical News*. HYPERLINK "<https://www.medscape.com/viewarticle/929101>" <https://www.medscape.com/viewarticle/929101> . Diakses 29 Des 2020.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T. *et al.* 2020. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behavior Immunity*, 88:901-907. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.026
- Polizzi, C., Lynn, S.J., Perry, A. 2020. Stress and Coping In The Time of COVID-19: Pathways to Resilience and Recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2):59-62.
- Remuzzi, A. & Remuzzi, G. 2020. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet*, 395(10231): 1225-1228. HYPERLINK "[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30627-9)" [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30627-9)

- Roger, M., Dalton, J., Harden, M. *et al.* 2018. Integrated Care to Adress The Physical Health Needs of People with Severe Mental Illness: a Mapping Revie of the recent evidence, on barriers facilitators and evaluation. *Int J Integrated Care*; 18(1):9.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Lowe, B. 2006. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10): 1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S.K. & Mahant, S. 2020. Mental Health Problems Faced by Healthcare Workers due to the COVID-19 pandemic - a review. *Asian Journal Psychiatry*, 51(102119):1-4. doi:10.1016/j.ajp.2020.102119
- Vindegaard, N. & Eriksen Benros, M. 2020. COVID-19 pandemic and mental health consequences: sistematic review of the current evidence. *Brain Behav. Immun*, 89:531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>. published Online First: 2020/06/03].
- Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S.M. *et al.* 2020. The Mental Health of Healthcare Workers In The Covid-19 Pandemic: A Systematic Review. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 19(2):1967-1978.
- Walton, M., Murray, E. & Christian, M.D. 2020. Mental Health Care for Medical Staff and Affiliated Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Europe Heart Journal Acute Cardiovascular Care*, 9(3):241-247. doi:10.1177/2048872620922795
- WHO. 2020. *COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global Research and Innovation Forum: Towards a Research Roadmap*. R&D Blueprint: World Health Organization.
- Williams, R., Bisson, J. & Kemp, V. 2014. *Principles for Responding to People's Psychosocial and Mental Health Needs after Disasters*. Diakses dari: <https://www.apothecaries.org/wp-content/uploads/2019/02/OP94.pdf>

PSIKOTERAPI BERFOKUS NARATIF INTI UNTUK MEMBANTU INDIVIDU-INDIVIDU TERDAMPAK WABAH COVID-19

Limas Sutanto

PENDAHULUAN

Hal yang tidak luput dari perhatian tatkala publik terkena keadaan gawat darurat kesehatan masyarakat adalah betapa sesudah itu mereka akan dilanda kondisi gawat darurat psikologis (Orrù *et al.*, 2020). Biasanya ketika terjadi wabah penyakit infeksius, tulisan tentang epidemiologi penyakit tersebut bermunculan terus, tetapi ihwal “epidemiologi emosional” teriring, terabaikan (Ofri, 2009).

Hal lain yang tidak jarang lepas dari perhatian adalah fakta bahwa karena pembatasan ketat kontak antarmanusia di tengah situasi epidemik, profesional kesehatan mental tidak senantiasa mendapatkan keleluasaan, kebebasan, untuk mencapai mereka yang berada dalam perawatan atau isolasi, kendatipun mereka membutuhkan pembantuan psikologis serius. Pada keadaan demikian, para “petugas kesehatan garis depan” yang tidak berspesialisasi dalam pembantuan psikologis, bahkan sama sekali tidak berlatar belakang pendidikan dan pelatihan psikoterapeutik, justru menjadi titik-titik kontak nyata untuk terselenggaranya pembantuan psikologis. Terdapat keperluan besar memberdayakan para petugas kesehatan garis depan itu untuk secara sederhana tetapi bermutu memberikan bantuan psikologis (Duan & Zhu, 2020).

Dalam bab ini, penulis mengajukan uraian awal tentang sebuah alternatif pendekatan psikoterapeutik, yang ia sebut “psikoterapi berfokus naratif inti” guna menanggapi sebagian dari keperluan itu.

KATEGORI-KATEGORI POPULASI TERDAMPAK COVID-19

Dua di antara pelbagai kategorisasi individu-individu terdampak pandemi Covid-19 dipaparkan kembali dalam tulisan ini, sebab keduanya dapat memberikan gambaran-gambaran penderitaan psikososial yang kemudian mengilhamkan pemetikan ‘naratif inti’ yang secara padat merepresentasikan penderitaan tersebut.

Pertama, kategorisasi yang dibuat oleh Inchausti *et al.* (2020), berdasarkan tingkat pajanan (*exposure*) virus dan morbiditas psikososial yang sudah ada sebelum wabah, kedua, penggolongan yang dibuat oleh Javakhishvili *et al.* (2020), dalam rangka publikasi “Rekomendasi tentang Kesehatan Mental dan Pembantuan Psikososial Selama Pandemi” oleh *European Society for Traumatic Stress Studies* (ESTSS).

KATEGORISASI OLEH INCHAUSTI ET AL.

Berdasarkan survei atas berbagai riset awal yang sedang terus berlangsung, dan penelitian pustaka terkait penanggulangan epidemi berbasis *coronavirus* yang pernah terjadi di masa lalu (misalnya *severe acute respiratory syndrome*/SARS; dan *middle east respiratory syndrome*, MERS), Inchausti *et al.* (2020) mengidentifikasi tiga kelompok yang terkena risiko morbiditas psikologis selama dan sesudah pandemi Covid-19.

Kelompok pertama, para pekerja profesional bidang kesehatan, terutama yang bekerja dalam rangka pasien rawat inap, yang mengalami pajanan virus dalam frekuensi dan konsentrasi yang tinggi di tempat kerja. Keadaan ini acap kali diperparah dengan penambahan signifikan beban kerja, tindakan medis berisiko penularan tinggi dan kurang tersedianya peralatan pelindung diri.

Beberapa catatan data terkait dengan kelompok ini menunjukkan betapa para profesional kesehatan mengalami peningkatan risiko mengidap depresi, ansietas, dan gangguan tidur (Li *et al.*, 2020). Keadaan serupa terjadi pada kalangan mahasiswa kedokteran di tengah krisis pandemik Covid-19 (Al-Rabiaah *et al.*, 2020). Bahkan para pekerja lain dalam layanan publik juga terpajan pada risiko yang sama dan dilanda rasa takut terinfeksi, antara lain polisi, petugas pos, teknisi medis dalam perawatan gawat darurat, dan petugas pembersih sampah (Inchausti *et al.*, 2020).

Kelompok kedua, individu-individu yang karena krisis wabah kemudian terpajan pada peristiwa traumatik semisal kehilangan sanak atau kerabat tercinta, mengalami keadaan kesehatan yang terancam, mengalami penurunan kemampuan kerja dan kemampuan menjalankan kehidupan dengan layak, dan dilanda keprihatinan terhadap kemungkinan berkurangnya kemampuan mempertahankan penghasilan di masa kemudian. Mereka dapat mengidap gangguan stres pasca-traumatik, dan depresi atau gangguan perkebangan yang berkomplikasi; hal ini konsisten dengan penggambaran yang termaktub dalam pustaka tentang cacat psikologis dan psikiatrik yang terjadi sebagai akibat keadaan gawat darurat atau bencana global (Goldmann & Galea, 2014).

Kelompok ketiga, orang-orang yang sebelum masa wabah sudah mengalami keadaan diri yang psikopatologis, terutama mereka yang mengalami gangguan psikiatrik yang rumit dan berat. Keadaan psikopatologis itu dapat kambuh karena pajanan virus atau karena penjarahan jarak sosial. Mereka yang tergolong dalam kelompok yang rentan ini biasanya, dalam masa sebelum pandemi, pun sudah mengalami isolasi sosial; penjarahan jarak sosial memperparah keterasingan mereka.

Perincian karakteristik ketiga kelompok dapat diperhatikan sebagai gambaran naratif-naratif penderitaan psikososial di seputar tema-tema: ketakutan tertulari; beban kerja bertambah; trauma kehilangan sanak tercinta; keadaan kesehatan yang terancam; menurunnya rasa percaya diri terkait kemampuan kerja dan kemampuan menjalankan kehidupan dengan layak; penurunan penghasilan atau kehilangan pekerjaan; dan meningkatnya rasa terisolasi dan terasing.

KATEGORISASI OLEH JAVAKHISHVILI ET AL.

Dalam “Rekomendasi tentang Kesehatan Mental dan Pembantuan Psikososial Selama Pandemi” yang diterbitkan oleh European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), Mei 2020, tergambar betapa luasnya dampak stres yang ditimbulkan oleh pandemi Covid-19 Akibat yang melebar itu mengena pada populasi umum, staf medis dan pekerja garis depan lainnya, anak dan remaja, lansia, serta kelompok migran paksa dan penyintas kekerasan yang diperbuat manusia. Kategori-kategori itu terkena stresor berspektrum luas: fisis, psikis, dan sosial.

Identifikasi stresor, yang kemudian dapat dideskripsikan dalam ungkapan yang relatif representatif, akan memberikan inspirasi dan petunjuk bagi penangkapan

naratif inti, yang kemudian dapat melandasi pengadaan, penyelenggaraan, dan pengembangan pembantuan psikologis yang sesuai dengan kebutuhan dan keadaan klien. Keseluruhan proses pemetaan naratif inti dan pembantuan ini senantiasa diselingi evaluasi dan pemantauan bersinambung atau surveilans sehingga selalu dapat direvisi demi pelayanan terbaik bagi klien.

Stresor Pada Populasi Umum

Berikut beberapa kondisi stresor fisis, psikis, dan sosial pada populasi umum.

1. Fisis
 - a. Terancam tertular Covid-19 dengan kemungkinan mengalami akibat yang berat (termasuk kematian).
 - b. Mendapati hasil tes virus korona positif.
 - c. Mengidap Covid-19 dengan segenap simtomnya.
 - d. Mengalami peningkatan risiko kondisi kesehatan yang dapat menghadirkan komplikasi bahkan bisa berakibat kematian.
2. Psikis
 - a. Takut tertular Covid-19.
 - b. Kurang mendapatkan dukungan sosial sebagai akibat dari keniscayaan menjaga jarak sosial.
 - c. Rasa sendirian dan kesepian.
 - d. Rasa tak puas atau kecewa terhadap kebijakan dan strategi yang diterapkan pemerintah atau pihak berwenang.
 - e. Tidak mendapatkan kesempatan yang wajar untuk mengalami dan menyelesaikan kesedihan karena kehilangan sanak atau kerabat.
 - f. Mengalami rasa bersalah sebagai penyintas.
3. Sosial
 - a. Mengalami perubahan mendadak pada lingkungan hidup.
 - b. Khawatir terkait kemungkinan akan dikarantina.
 - c. Mengalami kehilangan sanak atau kerabat yang dicintai.
 - d. Menghadapi stigmatisasi dan diskriminasi.
 - e. Mengalami kehilangan pekerjaan karena *lockdown* dan karena masalah perekonomian terkait wabah.
 - f. Mengalami pengurangan kesempatan untuk beribadah atau menjalankan kebiasaan rohani sebagaimana biasanya.
 - g. Tidak memperoleh kesempatan buat menjalankan ritual kultural perkabungan sesudah kehilangan sanak atau kerabat tercinta.

Stresor Pada Staf Medis dan Pekerja Garis Depan Lainnya

Berikut beberapa kondisi stresor fisis, psikis, dan sosial pada populasi staf medis dan para pekerja garis depan lainnya.

1. Fisis
 - a. Mengalami kekurangan perlengkapan keamanan diri.
 - b. Terpajan ancaman virus yang tinggi.
 - c. Mendapati hasil tes korona positif.
 - d. Menderita Covid-19 dengan berbagai simtomnya.
 - e. Jadwal kerja padat dan melelahkan.
2. Psikis
 - a. Menghadapi dilema moral dan stres moral.
 - b. Terpajan kematian pasien-pasien Covid-19.
 - c. Merasa kurang mendapatkan dukungan sosial.
 - d. Merasa kurang mendapatkan penghargaan atau pengakuan dari atasan, pasien, dan publik atas pengorbanan yang sudah dilakukan.
3. Sosial
 - a. Kurang mengalami keterhubungan dengan anggota-anggota keluarga (karena harus mengisolasi diri demi keamanan).
 - b. Mendapat stigma atau diskriminasi dari warga masyarakat.
 - c. Atasan kurang memberikan pengakuan, atau penghargaan, atau insentif.

Stresor Pada Anak dan Remaja

Berikut beberapa kondisi stresor fisis, psikis, dan sosial pada anak dan remaja.

1. Fisis
 - a. Berkurangnya kesempatan buat melakukan kegiatan di luar rumah dan untuk menggunakan energi fisis tersebut diberlakukannya kebijakan 'tinggal di rumah'.
 - b. Mendapati hasil tes virus korona pada diri sendiri positif.
 - c. Mengidap Covid-19 dengan berbagai gejalanya.
2. Psikis
 - a. Mendapatkan kesulitan terkait dengan kegiatan belajar virtual.
 - b. Mengalami perasaan tertekan atau afek disforik sebagai akibat dari penerapan strategi mengatasi (*coping*) yang disfungsional (misalnya, *coping* yang dilakukan dengan menambah kegiatan daring secara berlebihan).
 - c. Mengalami *distress* (stres yang menciptakan derita) sebagai efek dari pelaksanaan tindakan medis terkait dengan Covid-19.

3. Sosial
 - a. Berkurangnya keterhubungan sosial, bahkan pada beberapa kasus terjadi perpisahan atau ketidakterhubungan dengan pengasuh.
 - b. Kurang mendapatkan kesempatan berinteraksi sosial dengan kawan sebaya.
 - c. Kurang dapat menggunakan fasilitas yang mendukung perkembangan diri, misalnya taman bermain di kota atau di sekitar tempat tinggal.

Stresor Pada Lansia

Berikut beberapa kondisi stresor fisis, psikis, dan sosial pada kelompok lansia.

1. Fisis
 - a. Mendapatkan peningkatan risiko karena masalah kesehatan berganda-ganda dan karena penyakit kronis.
 - b. Mendapati hasil tes virus korona pada diri sendiri positif.
 - c. Mengalami sakit Covid-19 dengan aneka simtomnya.
 - d. Kurangnya perlengkapan perlindungan diri selama dalam perawatan di lembaga perawatan untuk lansia.
2. Psikis
 - a. Merasakan keterasingan karena kebijakan menjaga jarak sosial dan karena pembatasan pergerakan hidup.
 - b. Merasa kesepian.
 - c. Mengalami perburukan masalah kesehatan mental yang tengah terjadi sebagai akibat stres dan kecemasan terkait Covid-19.
3. Sosial
 - a. Mengalami isolasi sosial dan merasa dipinggirkan.
 - b. Kurang mendapatkan dukungan sosial dan emosional.
 - c. Menderita karena stigma terkait usia, misalnya yang tergambar dalam pernyataan, “Covid-19 tidak berbahaya kecuali untuk lansia saja”.

Stresor Pada Kelompok Migran Paksa dan Penyintas Kekerasan Buatan Manusia Lainnya

Berikut beberapa kondisi stresor fisis, psikis, dan sosial pada kelompok migran paksa dan penyintas kekerasan buatan manusia lainnya.

1. Fisis

- a. Mendapatkan masalah kesehatan fisis sebagai akibat dari pengalaman buruk sebelumnya di tengah masa wabah.
 - b. Mendapati hasil tes virus korona pada diri sendiri positif.
 - c. Menderita Covid-19 dengan pelbagai gejalanya.
2. Psikis
- a. Mengalami *distress* (derita karena stres) dan kecemasan terkait Covid-19.
 - b. Mengalami perburukan kondisi kesehatan mental karena pengalaman buruk terkait Covid-19.
3. Sosial
- a. Kehilangan pekerjaan dan mengalami penurunan penghasilan.
 - b. Mengalami peminggiran sosial yang makin berlanjut.
 - c. Mengalami traumatisasi ulang karena dipaksa menjalani karantina.

Penggambaran penderitaan psikososial berlandaskan identifikasi stresor itu mengilhamkan tema-tema yang dapat membantu menggelar latar belakang yang luas untuk pemetikan naratif inti. Tema-tema itu meliputi: ketakutan tertulari virus; ketakutan mengalami simtom-simtom Covid-19; ketakutan mengalami kematian; kurang mendapatkan dukungan sosial; mengalami kesendirian dan kesepian; marah atau kecewa terhadap kebijakan yang tak memuaskan; kurang mendapatkan kesempatan menjalani perkabungan dengan wajar sesudah kehilangan sanak atau kerabat; mengalami rasa bersalah sebagai penyintas; mengalami perubahan lingkungan hidup yang mendadak; akan dikarantina; kehilangan orang yang dicintai; mendapatkan stigma dan diskriminasi; kehilangan pekerjaan dan penghasilan; mengalami pengurangan kesempatan menjalankan ibadah dan kebiasaan rohani sebagaimana yang dijalankan sebelum wabah; kekurangan alat pelindung diri; jadwal kerja padat dan melelahkan; mengalami dilema moral dan stres moral; terpajan pada kematian bertubi karena Covid-19; kurang memperoleh penghargaan dari atasan, pasien, dan publik atas pengorbanan yang sudah dilakukan; kurang memperoleh kesempatan bermain di luar rumah; mendapatkan kesulitan terkait belajar virtual; mengalami perpisahan dengan pengasuh; kurang mendapatkan kesempatan berinteraksi dengan teman sebaya; mengalami risiko yang meninggi karena mengidap penyakit kronis; mengalami perburukan kondisi kesehatan mental; dan mendapatkan stigma karena status sebagai lansia yang rentan.

PSIKOTERAPI BERFOKUS NARATIF INTI

Deskripsi keadaan psikososial individu-individu yang terkena akibat Covid-19, dalam kedua kategorisasi itu, dapat dihayati sebagai gambaran-gambaran pengalaman penderitaan subjektif yang perlu mendapatkan perhatian dan penanggapan psikoterapeutik. Melaksanakan psikoterapi bermakna menanggapi pengalaman penderitaan subjektif pasien setepat mungkin. Maka upaya menangkap ungkapan penderitaan tersebut menjadi hal yang penting dalam psikoterapi. Pada perspektif ini gambaran-gambaran pengalaman subjektif yang diperinci dalam kedua kategorisasi dapat membantu menginspirasi ‘naratif inti’—ungkapan pokok, relatif singkat, yang merepresentasikan penderitaan psikososial subyektif—yang dapat dipetik dengan lebih jelas seiring dengan berlangsungnya relasionalitas psikoterapeutik pasien dan terapis. Selanjutnya naratif inti dapat dijadikan titik awal dan landasan penanggapan terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi penderitaan pasien.

Naratif inti yang ditemukan pertama kali bukanlah suatu kebenaran yang mutlak; justru ia merupakan temuan tentatif yang boleh dan seyogianya mengalami perubahan, penajaman, perbaikan, dan peningkatan relevansi di tengah proses ritmis “aprehensi nirsadar” dan “komprehensi sadar” yang terus bergulir di sepanjang pengalaman relasional psikoterapeutik pasien dan terapis. Aprehensi dijawabantahkan dengan “mendengarkan secara tanpa fokus” (Ivey, 2000) dan mendengarkan secara *evenly hovering* (Freud, 1912), yang memungkinkan terapis menampung informasi verbal dan nonverbal dari pasien, sebanyak mungkin, sedapat mungkin tanpa terhalang oleh interpretasi terapis. Pada saat penampungan data melalui aprehensi telah memadai, terapis akan mengejawantahkan komprehensi, yaitu pembuatan penafsiran, penyampaian pendapat, penarikan simpulan tentatif, yang dalam “psikoterapi berfokus naratif inti” berupa pemetikan dan penyampaian naratif inti pasien. Perguliran aprehensi-komprehensi akan terus berlangsung ritmis, senantiasa mempertajam, mengoreksi, dan meningkatkan relevansi naratif inti, hingga dapat dipetik naratif inti yang representatif, yang dapat dijadikan dasar tindakan menanggapi yang tepat.

Karena mengandung upaya menangkap naratif inti pasien, pelaksanaan psikoterapi berfokus naratif inti sungguh ditandai pengejawantahan intens tindakan-tindakan yang biasanya terangkum dalam pendekatan psikoterapi suportif. Di antara sekian banyak pendekatan psikoterapeutik, jenis pendekatan yang dapat dipandang sebagai sebetulnya strategi mendasar yang berlaku umum untuk setiap pembantuan psikologis adalah psikoterapi suportif, yang landasan

utamanya adalah praktik mendengarkan, mendampingi, menerima, mengerti, dan memberikan dukungan (Misch, 2000). Dalam psikoterapi berfokus naratif inti, strategi suportif itu diterapkan untuk mencapai tujuan utama: menangkap naratif inti, dan menanggapi secara tepat, untuk mengurangi penderitaan emosional pasien. Dalam terapi ini, terapis terus mendengarkan, menerima, memberikan dukungan, mengerti, dan mendampingi pasien dalam rangkaian sikap aprehensif, hingga pada suatu saat yang tepat ia dapat mengidentifikasi suatu naratif inti dengan cukup jelas. Naratif inti tersebut dapat disampaikan kepada pasien untuk ditanggapi dan dikoreksi. Tatkala pasien menanggapi dan mengoreksi, terapis kembali ke posisi aprehensif untuk dapat berperan sebagai penampung yang luas bagi segenap ungkapan pengalaman pasien. Proses tersebut akan disusul dengan komprehensi yang memungkinkan ditanggapinya naratif inti yang kian representatif.

Karena terapi ini bersifat sederhana dan corak utamanya yang suportif, akan dapat dilaksanakan baik melalui tatap muka langsung maupun lewat media secara daring. Pelaksanaan berbagai pendekatan psikoterapeutik secara daring kini banyak dilakukan di berbagai negara, dengan hasil yang lebih kurang sama efektifnya dengan cara tatap muka langsung (Rehman & Lela, 2020; He *et. al.*, 2020). Fakta ini dapat menguatkan landasan untuk membuka kemungkinan buat melakukan psikoterapi berfokus naratif inti secara daring, di samping secara tatap muka langsung.

Dalam psikoterapi berfokus naratif inti, terapis memosisikan diri sebagai insan yang “tidak tahu tetapi mau mendengarkan dan dengan rendah hati ingin membantu”. Ia menyapa pasien dan dengan wajar mempersilakannya untuk mengatakan apa saja yang ingin diucapkannya. Jika pasien enggan berkata-kata, terapis siap melayaninya dengan mempersilakan pasien menuliskan keluhannya, bahkan boleh pula dengan menggambarkannya pada secarik kertas atau pada media lainnya.

Terapis menampung seluruh data dan ekspresi pasien dengan tidak tergesa sama sekali, dengan fokus menangkap “naratif inti” penderitaan pasien. Rumusan awal naratif inti tidak segera ditanggapi, melainkan dibiarkan mengambang, disampaikan kembali kepada pasien, dibicarakan berulang, hingga didapatkan naratif inti yang cukup stabil. Kemudian terapis menanggapi pengalaman pasien yang telah direpresentasikan dalam naratif inti dengan sikap mendengarkan lebih jauh, mendampingi pasien yang sedang menderita, dan memberikan dukungan untuk menghadapi masalahnya. Dalam melakukan pembantuan ini, terapis

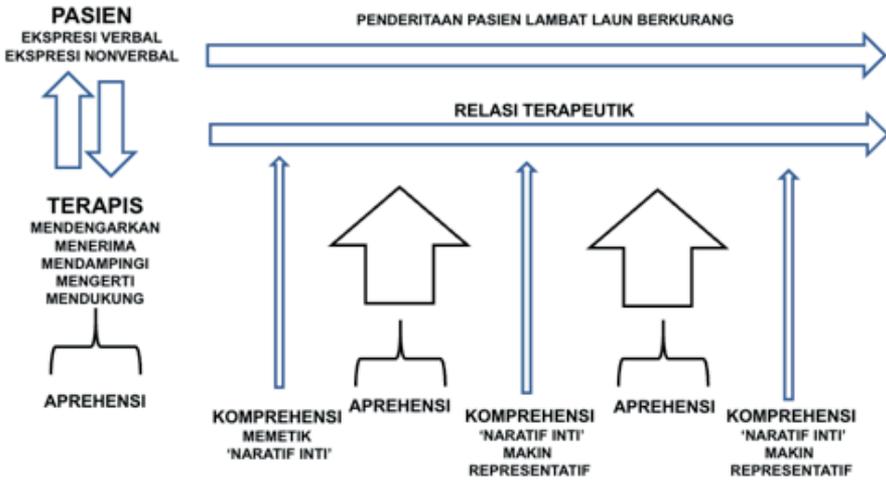


DIAGRAM 1. PROSES PSIKOTERAPI BERFOKUS NARATIF INTI

GAMBAR 18.1 Proses Psikoterapi Berfokus Naratif Inti

tidak mengucapkan jaminan tetapi bertitik berat pada sikap mendampingi dan menguatkan. Se jauh diperlukan, dalam siklus menampung data, menangkap naratif inti, mempertajam dan mengoreksi naratif, dapat disisipkan secara selektif dan hati-hati informasi yang bersifat psikoedukatif.

PENUTUP

Pada dasarnya, setiap individu yang membutuhkan bantuan psikologis, perlu mendapatkan pelayanan psikoterapeutik yang relevan dengan keadaan subjektifnya; pelayanan psikoterapeutik tidak dapat dipukul rata untuk semua orang. Dalam dunia psikoterapi pun tersedia begitu banyak pendekatan psikoterapeutik, yang dapat dipilih dan digunakan secara heuristik untuk membantu individu pasien yang senantiasa unik, bahkan idiosinkratik.

Kendati demikian, dalam kenyataannya setiap jenis psikoterapi yang efektif selalu mengemban penerapan faktor-faktor terapeutik umum (*common therapeutic factors*), terutama yang diejawantahkan oleh terapis dengan mendengarkan tanpa menafsirkan, menyambung dengan dunia perasaan pasien (*attuning to the patient's affective experience*), menerima, mengerti, mendampingi, menanggapi dengan penuh kepekaan, dan memberikan dukungan. Psikoterapi berfokus naratif inti

adalah suatu pendekatan sederhana, berlandaskan pada faktor-faktor suportif itu, dengan fokus upaya menangkap naratif inti yang merepresentasikan penderitaan pasien. Penanggapan terhadap naratif inti diharapkan dapat mengurangi penderitaan pasien.

Pengajuan awal psikoterapi berfokus naratif inti yang diasumsikan sebagai pendekatan yang sederhana tetapi berbasis penerapan prinsip-prinsip psikoterapi yang dapat dipertanggungjawabkan, ini, didorong oleh kenyataan bahwa pembatasan-pembatasan kontak antarmanusia di tengah pandemi tidak memungkinkan semua spesialis kesehatan mental dapat mencapai mereka yang terdampak Covid-19. Pada perspektif ini, pembantuan psikologis lebih berpeluang untuk dilakukan oleh para petugas kesehatan garis depan yang tidak berlatar belakang pendidikan dan pelatihan psikoterapeutik. Mereka memerlukan cara pembantuan psikologis yang sederhana tetapi bermutu, yang dapat dengan cepat dan tidak terlalu sulit dilatihkan kepada mereka untuk kemudian dapat dilaksanakan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Rabiaah, A., Temsah, M.-H., Al-Eyadhy, A.A. *et al.* 2020. Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 13(5):687-691. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.01.005>, inspected on December 30, 2020.
- Duan, L. & Zhu, G. 2020. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4):300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)).
- Freud, S. 1912. Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. Dalam *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12. hlm. 109-121. Disunting oleh J. Strachey. London: Hogarth Press.
- Goldmann, E. & Galea, S. 2014. Mental health consequences of disasters. *Annual Review of Public Health*, 35(1):169-183. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>.
- He, Z. L., Chen, J. J., Pan, K. L. *et al.* 2020. The development of the 'COVID-19 psychological resilience model' and its efficacy during the COVID-19 pandemic in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(5):2828-2834. <https://doi.org/10.7150/ijbs.50127>
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I. & Dimaggio, G., 2020. Psychological intervention and Covid-19: What we know so far and what we can do. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 27:1-8. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>.

- Ivey, G. 2000. A Listening-formulating model for psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy*, 37(1):22-35.
- Javakhishvili, J.D., Ardino, V., Bragesjö, M. *et al.* 2020. ESTSS recommendations on mental health and psychosocial care during pandemics. Diakses dari: <http://www.estss.org>.
- Li, Q., Guan, X., Wu, P. *et al.* 2020. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 382:1199-1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
- Misch, D.A. 2000. Basic strategies of dynamic supportive therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(4):173-189.
- Ofri, D. 2009. The emotional epidemiology of H1N1 influenza vaccination. *New England Journal of Medicine*, 361:2594-2595. <https://doi.org/10.1056/nejmp0911047>.
- Orrù, G., Ciacchini, R., Gemignani, A. & Conversano, C., 2020. Psychological intervention measures during the Covid-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2):76-79. <http://doi.org/10.36131/CN20200208>
- Rehman, S. & Lela, Um., 2020. Psychological aid to COVID-19 pandemic: A mental health response to crises management. *Psychiatria Danubina*, 32(2):262-265. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.262>

AUP 2021

PENDAMPINGAN DUKACITA DAN KONDISI TERMINAL COVID-19

19

Agustina Konginan

PENDAHULUAN

Berawal dari Kota Wuhan, Cina, yang pertama kali melaporkan penyakit Covid-19, lalu menyebar ke seluruh dunia. Pada akhir Januari 2020, organisasi kesehatan dunia (WHO) menyatakan Covid-19 sebagai darurat kesehatan masyarakat dunia (Balkhair, 2020). Pandemi ini telah berlangsung lebih dari satu tahun, namun belum ada tanda-tanda akan berakhir dan bahkan semakin mengganans meluas dengan cepat. Data WHO pada 9 Februari 2021 menunjukkan 106.125.682 orang di seluruh dunia telah terdiagnosis Covid-19 dan 3.976 orang diantaranya meninggal dunia. Indonesia termasuk salah satu negara yang saat ini korbannya cenderung semakin meningkat. Data terbaru (Tribun News, 9 Feb. 2021) terkonfirmasi positif Covid-19 jumlahnya 1.174.779 dengan kematian mencapai 31.976 korban.

Kematian adalah bagian dari proses kehidupan. Sama halnya dengan proses kelahiran yang perlu dipersiapkan dengan sungguh-sungguh pada ibu dan calon bayinya, proses menjelang kematian pada pasien dengan kondisi terminal dan keluarganya juga perlu dipersiapkan, demikian pulaantisipasi masalah saat fase dukacita berlangsung. Akibat Pandemi ini, dunia menghadapi krisis global. Pandemi Covid-19 dengan transmisi penularan yang masif dan tingkat kematian yang tinggi menimbulkan berbagai masalah di segala lini yang bukan hanya mengancam kesehatan masyarakat secara fisik, tetapi juga yang mengarah pada gangguan mental, dampak sosial, dan bahkan spiritual. Menghadapi dukacita kematian dari orang yang dicintai itu sulit, dan krisis akibat Covid-19

mengharuskan adanya jarak sosial dan pembatasan pengunjung ke rumah sakit membuat proses ini semakin sulit (Worden, 2018). Walaupun demikian, seberat apapun rasa duka cita ini selalu akan bisa dilewati dengan baik bila kita memahami apa yang terjadi pada kita dan ada usaha untuk meminimalisir dampak yang timbul akibat proses kehilangan tersebut, dibantu pula oleh pemahaman lingkungan di sekitarnya untuk memberi dukungan yang positif sehingga fase dukacita ini bisa dilewati dengan cepat dan kembali seperti semula. Bab ini membahas mengenai aspek dukacita yang berkaitan dengan kondisi terminal penderita Covid-19 serta bagaimana mengantisipasi dan mengatasinya agar proses dukacita selama berkabung ini berjalan dengan baik.

FAKTOR YANG MEMENGARUHI RASA DUKACITA

Kita semua akan berduka pada suatu saat dalam hidup kita. Tapi bagaimana kita berduka tidak akan sama. Ini ditentukan beberapa hal yang akan dijelaskan dalam subbab ini.

Siapa yang Meninggal

Besarnya rasa kehilangan berbanding lurus dengan arti orang tersebut bagi dirinya. Semakin berarti orang tersebut misalnya sebagai tulang punggung keluarga maka rasa kehilangannya semakin besar dan respons duka citanya juga akan semakin berat.

Seberapa Jauh Kelekatannya

Mereka yang mempunyai kelekatan sangat dekat satu sama lain, respons dukacita akan lebih besar bila salah satunya meninggal dunia. Musibah selama pandemi Covid-19 ini memberikan luka yang mendalam pada keluarga yang ditinggalkan, ada yang kehilangan tidak hanya satu orang dalam keluarga saja melainkan sekaligus dua orang atau lebih secara beruntun akibat penularan Covid-19 pada satu keluarga. Kita bisa bayangkan betapa besar rasa kehilangan yang dialami keluarga. Besarnya rasa kehilangan akan menentukan perasaan duka cita.

Cara Kematian

Pada orang yang meninggal dunia karena sakitnya sudah lama, dukacita keluarga mungkin terasa hanya sebentar atau bahkan segera bisa menerima kehilangan ini karena selama sakit terjadi penyesuaian pelan-pelan dan sudah lebih siap

bisa menerima kenyataan jika kondisinya memburuk. Sebaliknya, kematian yang mendadak bisa menyebabkan keluarga yang ditinggalkan syok karena mereka tidak menyangka dan tidak siap. Mereka yang terinfeksi Covid-19 dan meninggal dunia acap kali terjadi hanya dalam hitungan hari atau beberapa minggu saja, sesuatu yang tidak pernah terduga sebelumnya terjadi begitu cepat, sehingga sangat rentan mengalami proses dukacita lebih berat dan berkepanjangan.

Riwayat Sebelum Kematian

Adanya bentuk hubungan yang kurang baik sebelumnya antara yang meninggal dengan yang ditinggal bisa berisiko memperberat respons dukacita. Mereka yang sangat bergantung satu sama lain cenderung lebih berat rasa duka cita selama masa berkabung dibanding dengan mereka yang lebih mandiri (*dependent/independent*). Demikian juga bentuk hubungan *love hate relationship* yang biasanya terjadi pada pasangan suami-istri, ketika di masa hidup mereka diwarnai dengan kebencian maka bila salah satu meninggal dunia maka akan menyisakan rasa dukacita yang bisa berkepanjangan. Bentuk hubungan yang dipenuhi peristiwa-peristiwa yang sangat bermakna pada banyak situasi juga bisa memperpanjang atau memperberat rasa dukacita karena saat melewati masa berkabung peristiwa itu sering kali teringat dan bahkan mendominasi hadir dalam pikiran yang pada beberapa orang bisa memperberat rasa dukacita (*anniversary reaction*).

Personality

Kepribadian seseorang memengaruhi cara seseorang mengatasi fase dukacita. Studi kualitatif yang dilakukan psikolog Dr. Lisa Prosser-Dodd tentang “*the relationship between grief and personality*” pada tahun 2013, menemukan adanya perbedaan yang bermakna cara berespons terhadap dukacita pada jenis kepribadian yang berbeda. Kepribadian pemikir, cerdas, dan mengandalkan logika, maka cara mereka mengatasi kesedihan akan berbeda dengan kepribadian lainnya, mereka cenderung berusaha mengabaikan emosinya. Kepribadian kreatif dan berwawasan, justru pandai mengekspresikan emosinya. Kepribadian simpatik dan ramah, sangat menghargai hubungan, mereka tidak ingin dianggap beban sehingga mungkin mencoba menutupi kesedihan mereka dari orang lain. Kepribadian yang terorganisir, jujur dan sabar, lebih dilengkapi dengan baik untuk menangani kehilangan, mereka akan jujur dengan diri sendiri (Lisa Prosser-Dodd, 2013).

Aspek Sosial

Berbagai aspek sosial juga ikut berperan menentukan proses dukacita ini, termasuk di antaranya dukungan dari keluarga dan lingkungan lainnya. Pemahaman lingkungan di sekitarnya untuk memberi dukungan yang positif, bisa membuat fase dukacita ini bisa dilewati dengan cepat dan kembali seperti semula. Sebaliknya, ketika menghadapi kehilangan ini, kurang atau bahkan tidak ada dukungan apapun dari orang di sekitarnya, maka fase dukacita ini reaksinya bisa berat dan lebih lama. Situasi seperti ini sudah dialami oleh keluarga yang sedang berduka cita saat orang yang dicintainya meninggal karena Covid-19. Protokol pemakaman Covid-19 membatasi kehadiran para pelayat, demikian juga rekan-rekan handai taulan sebagian besar takut untuk datang melayat.

MANIFESTASI RASA DUKACITA

Rasa dukacita merupakan reaksi normal ketika seseorang menghadapi kehilangan orang yang sangat disayanginya. Manifestasi dukacita untuk setiap orang berbeda-beda, tetapi umumnya mencakup elemen fisik, kognitif, perilaku, dan emosi. Ketika suasana hati berduka, fisik kita tidak tinggal diam saja tetapi akan berespons menimbulkan beberapa gejala, antara lain adalah merasa napasnya pendek sehingga sering menarik napas panjang, sesak di dada dan tenggorokan, ketegangan otot, lambung terasa penuh, dan kehilangan energi. Keadaan ini bisa menyebabkan denyut nadi cepat, tekanan darah meningkat, nafsu makan kurang dan akhirnya daya tahan tubuh menurun. Itulah sebabnya mengapa saat dukacita orang akan rentan sakit atau penyakit yang sudah ada sebelumnya menjadi kambuh. Elemen dukacita lainnya adalah emosi. Reaksi pertama kali mengalami proses kehilangan adalah perasaan syok dan mati rasa, setelah itu bisa timbul rasa sedih, rasa bersalah, rasa marah yang bisa ditujukan langsung kepada keluarga, teman, tenaga kesehatan, bahkan kepada Tuhan. Namun sebaliknya, bisa juga timbul perasaan bebas, terlepas, walaupun mungkin kemudian muncul rasa bersalah kenapa mempunyai perasaan demikian. Manifestasi dukacita berikutnya bisa muncul dalam bentuk perilaku dan gangguan kognitif. Rasa tidak percaya dan tidak nyata sering dialami di awal masa berkabung. Kadang-kadang hal ini memicu reaksi penolakan terhadap kenyataan yang terjadi. Selama masa berkabung, pikirannya mungkin hanya tertuju pada yang meninggal dunia. Konsentrasi dan daya ingat terutama jangka pendek juga bisa terpengaruh. Tidur terganggu atau sulit tidur, bermimpi tentang kematian, menarik diri dari kegiatan

sosial, bahkan menghindari dari hal-hal yang mengingatkan pada kematian, atau sebaliknya malah melakukan aktivitas yang berlebihan dibanding biasanya agar bisa melupakan. Kadang muncul perilaku mencari dengan mengunjungi tempat-tempat atau membawa barang-barang yang mengingatkan mereka pada yang meninggal. Ada juga yang berlaku ekstrem dengan mengubah secara drastis gaya hidupnya, misalnya pindah rumah, agar tidak terlalu sakit menghadapi proses berkabung ini. Perubahan gaya hidup yang ekstrem dan terlalu cepat ini bukanlah anjuran yang normal karena bisa saja malah menambah beban yang sudah ada.

FASE DUKACITA (GRIEF)

Parkes membagi fase dukacita menjadi empat fase. Pertama kali saat mengalami proses berkabung adalah merasa syok dan mati rasa (*numbness*), setelah itu perasaan merindukan orang yang telah meninggal disertai dengan kecemasan yang intens dan perasaan tidak percaya (*pinning*). Setelah beberapa waktu maka timbul rasa putus asa, hilang harapan karena mulai menyadari bahwa proses kehilangan akan terjadi selamanya dan tidak mungkin lagi bisa bertemu. Selain itu, nafsu makan berkurang, berat badan turun, kadang mudah tersinggung, kurang konsentrasi (*disorganisation and despair*). Sistem imun untuk sementara menurun. Waktu yang dibutuhkan untuk melewati tahap ini berbeda pada setiap orang. Semakin cepat selesai semakin baik agar supaya tidak terjadi *distress* berkepanjangan. Dengan berlalunya waktu maka perlahan-lahan mereka menjadi pasrah dan menerima kenyataan yang sebenarnya. Mereka kemudian mulai melakukan aktivitas seperti semula dan bahkan mulai melakukan penyesuaian keadaan dengan situasi sepeninggal keluarganya (*re-organisation*) (Parkes, 1998). Masa berlangsungnya fase dukacita yakni mulai terjadinya proses kehilangan sampai mengalami resolusi pada setiap orang tidak sama, umumnya nafsu makan mulai kembali setelah tiga sampai empat bulan. Fase dukacita saat pandemi ini berisiko berkepanjangan dan lebih berat karena infeksi Covid-19 sebagian besar tidak terduga, proses mulai awal sakit sampai meninggal sering terjadi dalam waktu singkat, kadang di saat yang bersamaan keluarga yang berkabung juga sedang terinfeksi Covid-19, belum lagi rasa bersalah keluarga yang mungkin merasa sebagai sumber penularan. Dukacita yang berkepanjangan dan berat (*complicated grief*), dapat menunjukkan gejala seperti pikiran mengganggu yang berulang tentang orang yang meninggal, asyik dengan kesedihannya termasuk sering merenung, merasakan kepahitan yang

berlebihan, keterasingan dari hubungan sosial sebelumnya, kesulitan menerima kematian, dan menganggap tidak punya tujuan hidup lagi.

DAMPAK ISOLASI TERHADAP PROSES DUKACITA

Sifat penyakit menular dari Covid-19 ini, membuat terkadang tidak ada ruang yang cukup luas untuk pasien dalam kondisi terminal karena sebagian besar kematian terjadi di ICU rumah sakit dan dalam waktu singkat. Kebijakan isolasi selama perawatan yang diterapkan pada pasien Covid-19 di rumah sakit termasuk di ruang ICU menyebabkan keluarga dan teman tidak dapat memberikan kenyamanan bagi pasien di samping tempat tidur pada saat-saat terakhir mereka, keluarga tidak bisa mendampingi pasien dan tidak punya kesempatan melakukan komunikasi terakhir. Keluarga sering kali tidak mengetahui atau tidak yakin apakah saat komunikasi merupakan yang terakhir. Hal ini bisa menimbulkan proses dukacita yang bermasalah (Wallace *et al.*, 2020). Beberapa kebutuhan pasien menjelang ajal agar tercapai “*good death*” di antaranya adalah “*unfinished business*” (seperti keinginan minta maaf atau memberi maaf pada orang/keluarga yang selama ini bermusuhan) mungkin tidak bisa terpenuhi, tidak ada kesempatan mengucapkan “selamat tinggal”. Bagaimanapun gagasan tentang kematian yang baik masih ditambatkan oleh citra ranjang kematian yang dikelilingi oleh orang yang dicintai sehingga pikiran/perasaan bahwa orang yang dicintai ada di ruangan isolasi menghadapi maut tanpa dukungan dari keluarga, akan sangat menimbulkan rasa bersalah pada keluarga dan hal ini tentunya akan menambah rasa dukacita yang dialami selain rasa duka atas kehilangan orang yang dicintai (Li, Tendeiro & Stroebe, 2019). Saat seseorang benar-benar berduka atas kehilangan orang yang dicintai, mereka mungkin terlalu kewalahan untuk dapat mengungkapkan apa yang mereka butuhkan. Mereka bahkan mungkin tidak tahu apa yang mereka butuhkan segera setelah kehilangan sehingga mereka sangat membutuhkan bantuan atau dukungan dari orang-orang di sekitarnya. Pada kondisi pandemi ini, apalagi jika penyebab kematian berkaitan erat dengan tertular Covid-19 maka mereka tidak memiliki akses untuk kontak fisik dan dukungan yang diandalkan untuk melewati saat-saat kehilangan sehingga mereka benar-benar melalui masa berkabung ini dengan sendiri dan rasa kesepian. Hal ini menambah tingkatan pada stress yang sudah menyertai kehilangan,

Kondisi lain yang menambah rasa dukacita. Selain kematian yang terkait dengan virus tersebut, orang yang berduka mungkin pada saat yang bersamaan

juga mengalami kehilangan anggota keluarga atau teman karena alasan lain, seperti sakit, usia tua, atau kecelakaan. Pemakaman yang diadakan dari jarak jauh karena disesuaikan dengan aturan prosedur pemakaman penderita Covid-19 menyebabkan keluarga terbatas bahkan terhambat mencurahkan rasa dukacitanya. Di samping itu, kadang mereka tidak bisa melakukan upacara/ritual pemakaman dengan bebas, berkumpul di rumah atau tempat ibadah, dan merangkul orang yang dicintai.

PENDAMPINGAN PASIEN COVID-19 (ANTISIPASI DUKACITA)

Tiap manusia mempunyai berbagai macam kebutuhan dasar dan dalam kondisi terminal kebutuhan ini akan semakin terasa. Kebutuhan itu bukan hanya fisik, tetapi juga kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual. Kebutuhan fisik kalau bisa bebas dari keluhan nyeri, mual, muntah, dan lain sebagainya. Kebutuhan psikologik terutama merasa aman dan nyaman karena yakin bahwa dirinya berada dalam perawatan para ahli yang kompeten dan keluarga yang peduli dengan keadaannya. Kebutuhan sosial jika kondisi fisiknya memungkinkan maka tetap dilibatkan dalam mengambil keputusan-keputusan yang terkait dengan dirinya sehingga penderita merasa tetap dihargai dan tidak menjadi beban bagi keluarganya. Kebutuhan spiritual berupa kesempatan mendapatkan pendampingan rohani dan kesempatan menyelesaikan urusan yang mengganggu pikiran penderita misalnya memperbaiki hubungan-hubungan interpersonal yang terganggu di waktu yang lalu. Beberapa prinsip pendampingan pada kondisi terminal sebagai berikut.

1. Manajemen berbasis komunikasi, termasuk mengenali, menanggapi, dan memvalidasi respons emosional, untuk mengatasi *anticipatory grief* yaitu antisipasi terhadap reaksi dukacita keluarga ketika penderita meninggal dunia, sehingga situasi dan kondisi keluarga tetap terjaga baik atau bila ada gejala pun kondisinya tidak terlalu parah (Romero *et al.*, 2014).

Antisipasi rasa duka cita selama masa berkabung sangat diperlukan mengingat adanya beberapa risiko terhadap kesehatan. Pasien dan keluarga yang diberi kesempatan untuk menerima kematian secara kognitif dan emosional menunjukkan hasil yang lebih baik dalam kualitas hidup anggota keluarga yang berduka enam bulan setelah kehilangan (Li *et al.*, 2019).

2. Diskusikan tentang emosi, kesedihan, dan kesusahan selama perawatan ini, baik dengan pasien maupun keluarga. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa

gejala kesedihan yang sangat sebelum kehilangan, rendahnya dukungan sosial, serta rasa bersalah merupakan prediktor kuat menimbulkan *complicated grief*. Semua faktor ini dihadapi juga pada saat menjelang ajal kaitannya dengan pandemi Covid-19 (Romero *et al.*, 2014; Lobb *et.al*, 2010).

3. Mempersiapkan pasien/keluarga untuk kemungkinan upaya pengobatan gagal dan berakhir kematian, dengan memberi informasi jelas sesuai kebutuhan mereka. Kurangnya persiapan menjelang kematian dapat memicu munculnya depresi setelah kehilangan (Breen *et al.*, 2014).
4. Kalau kondisi psikologis memungkinkan, bisa dilanjutkan dengan diskusi seputar ritual/praktik spiritual yang diinginkan dan rencana pemakaman.

Cara-Cara Pendampingan Jarak Jauh

Berbeda dengan pasien lainnya yang bisa dilakukan dari jarak dekat, pasien Covid-19 ini karena sifat penyakitnya yang menular maka pendampingan harus dari jarak berjauhan sehingga perlu melakukan beberapa penyesuaian. Yang penting adalah pasien tidak merasa sendirian di akhir kehidupannya dan meninggal dengan baik, serta keluarga yang ditinggalkan tetap sejahtera. Kehadiran fisik keluarga mungkin dibatasi untuk saat ini, tetapi imajinasi dan cinta kasih satu sama lain tidak terbatas. Tim perawatan perlu cepat beradaptasi untuk menciptakan interaksi yang bermakna dengan pasien dan antar keluarga secara baru dan kreatif (Pahuja *et al.*, 2021). Upaya yang bisa dilakukan adalah sebagai berikut.

1. Panggilan telepon sangat membantu, fasilitasi keluarga untuk menjaga suara mereka tetap di telinga pasien.
2. Jika memungkinkan, pertahankan kontak sebanyak mungkin melalui kontak video, zoom, putar musik padanya terutama yang disukai di telepon, bahkan bila perlu dengarkan pernapasannya.
3. Mendengar adalah kemampuan terakhir yang dimiliki oleh pasien yang dalam kondisi sekarat, sehingga mereka akan terhibur dan merasa lebih aman ketika mendengar suara orang yang dicintai, bahkan ketika pasien tidak sadarkan diri. Ini dapat sangat menghibur semua yang terlibat.
4. Mengirim masakan kesukaannya atau bila kondisi masih memungkinkan bisa dijadwalkan makan bersama di *platform* video seperti Zoom.
5. Berikan informasi pada keluarga yang bersifat menghibur dan menenteramkan hati bahwa pasien dalam perawatan rumah sakit didampingi oleh tenaga kesehatan, menjelang akhir hayat tidak sendirian, tenaga medis tetap berusaha

memberikan kenyamanan fisik, di samping itu ada pemuka agama rumah sakit yang ikut mendampingi.

Suasana dan atmosfer saat proses menuju kematian, bisa berpengaruh besar terhadap proses dukacita selama berkabung. Dengan perawatan dan *support* yang diberikan selama proses menuju kematian, maka keluarga mereka akan mengingat proses ini sepositif mungkin (Ray *et al.*, 2006). Bagi kebanyakan orang yang berduka bentuk bantuan yang paling alami dan efektif akan datang dari keluarga mereka sendiri dan hanya sekitar sepertiga yang membutuhkan bantuan orang lain.

Rohaniawan keluarga dapat membantu proses mengenang dan berduka, dengan menyarankan agar keluarga membuat ritual sendiri di rumah untuk membantu menandai kehilangan mereka. Hal ini dapat membantu mereka yang berduka untuk merasa bahwa walau upacara tidak dapat dihindari namun bisa disesuaikan untuk memenuhi momen dengan aman, dan ini akan sedikit mengurangi rasa dukacita karena keluarga merasa sudah melakukan kewajibannya.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Balkhair, A. 2020. Covid-19 Pandemic. A New Chapter in The History of Infectious Disease, *Oman Medical Journal*, 35(2):e123. DOI: 10.5001/omj.2020.41
- Breen, L.J., Aoun, S.M., O'Connor, M., Howting, D. & Halkett, G. K. 2018. Family caregivers' preparations for death: a qualitative analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6):1473-1479.
- Li, J., Tendeiro, J.N. & Stroebe, M. 2019. Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *International Journal of Psychology*, 54(4):454-461
- Lobb, E.A., Kristjanson, L.J., Aoun, S.M. *et al.* 2010. Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death studies*, 34(8):673-698.
- Pahuja, M. & Wojcikewych, D. 2021. Systems Barriers to Assessment and Treatment of COVID-19 Positive Patients at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 24(2): 302-304.
- Parkes, C.M. 1998. Bereavement in adult life. *BMJ*, 316(7134):856-859. doi:10.1136/bmj.316.7134.856
- Prosser-Dodd, L. 2013. *The Relationship Between Grief And Personality – A Quantitative Study*. (Disertasi). Minnesota: Capella University.

- Ray, A., Block, S.D., Friedlander, R.J. *et al.* 2006. Peaceful awareness in patients with advanced cancer. *J Palliative Med*, 9:1359–68.
- Romero, M.M., Ott, C.H. & Kelber, S. T. 2014. Predictors of grief in bereaved family caregivers of person's with Alzheimer's disease: A prospective study. *Death studies*, 38(6):395–403.
- Shore, J.C., Gelber, M.W., Koch, L.M. & Sower, E. 2016. Anticipatory grief: an evidence-based approach. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(1):15-19. doi: 10.1097/NJH.0000000000000208.
- Wallace, C.L., Wladkowski, S.P., Gibson, A. & White, P. 2020. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1):e70–e76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Worden, J.W. 2018. *Grief Counseling and Grief Therapy*. 5th ed. New York, NY:Springer Publishing Company, LLC.

AUP 2021

EPILOG



Saat buku ini hampir selesai dan ketika saya menulis epilog ini, sungguh tenggorokan saya tercekak dan tidak bisa berpikir dengan jernih. Rumah sakit penuh penderita Covid-19, dirawat di IGD dan selasar, sementara di rumah sakit non-Covid, pasien terdampar di IGD-IGD dengan sesak napas, tersengal dan saturasi O₂ sekitar 70-an persen. Dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain banyak yang meninggal. Berita kematian dokter di Jawa Timur 1-3 dokter meninggal tiap hari, belum yang sakit di rawat di rumah sakit atau di rawat di rumah. Para pasien meregang nyawa, melawan atau pasrah kepada malaikat maut, sementara para dokter dan tenaga kesehatan kelelahan yang sangat dan banyak yang tidak mampu bertahan, sakit bahkan meninggal. Medan laga tak seimbang dengan pasukan yang kelelahan. *Fatigue*, bosan, stres, depresi, kelelahan yang dalam dan frustrasi, ancaman sakit, dan mental. Kita berada di ambang kolaps.

Dokter berjuang sendiri sekarang. Dokter di praktik mandiri, puskesmas, klinik, rumah sakit, beserta manajemennya yang juga dokter, harus memeras otak. Prehospital, yang menjadi domain bukan dokter, tidak bisa dikendalikan. Pasien Covid-19 gradasi berat yang mutlak memerlukan tempat perawatan, datang bagaikan tsunami. Tempat perawatan rumah sakit penuh, tiada *bed* yang tersisa. Bahkan ketika dokter dan nakes sakit, sukar juga mencari tempat perawatan. Ironis tapi ini sebuah fakta. Dokter yang sakit dan keluarga juga harus mengalami antrean untuk mendapat tempat perawatan. Sementara yang sakit ringan dan sedang, yang cukup isolasi di tempat “tertentu”, juga harus berjuang sendiri untuk mendapat tempat tersebut. *“We are lone ranger now”*.

Aspek-aspek penyakit dan kesehatan mental yang dibahas dalam buku ini telah, dan tetap berlangsung terjadi. Bukan hanya di masyarakat namun lebih-lebih pada tenaga kesehatan, utamanya para dokter. Kita tidak hanya menulis, membaca saja namun kita mengalami dan menjalaninya sehingga apa yang tertulis dalam buku ini adalah kenyataan riil yang hampir semua manusia mengalami saat ini. Kita tidak tahu kapan “Palagan Kurukshetra” ini berakhir dan bagaimana hasil akhirnya, kita jalani saja. Sebagai manusia yang percaya kepada Tuhan YME serta berilmu yang ribuan tahun telah berkembang, kita yakin bisa menjadi pemenang dalam episode perang “*brubuh*” ini. **You have seen my descent, now watch my rising (Rumi).**

“A mistake that make you humble is better than an achievement that make you arrogant”. Para dokter sedang sekolah lagi, sekolah kehidupan. Kurikulum kali ini sangat berat karena tebusannya adalah kehilangan. Kematian, sakit, sekele, beban fisik, moral dan mental, menjadi upeti dalam kurikulum kehidupan dokter era pandemi Covid-19 saat ini. Berbanggalah kalian para dokter, menjadi pelaku sebuah episode perjuangan besar. Berbangga meski pasienmu meninggal, tetapi kalian telah memberi yang terbaik. Sepi publikasi dan pencitraan tidak mengendorkan gerak fisikmu untuk terus memberi pertolongan. Berhentilah mengharapkan pertolongan dari yang lain, Bersatulah dalam satu keluarga dokter dan kesehatan. Fokuslah pada Tuhan YME, bukan kepada yang lainnya.

Selamat berjuang,
Semangat selalu,
Sukses selalu,
Sehat selalu.

Surabaya, 28 Juni 2021
Ketua IDI Wilayah Jawa Timur

DR dr. Sutrisno, Sp.OG(K).

TIM PENYUSUN BUKU

EDITOR



DR. Dr. Sutrisno, SpOG(K) sebagai editor buku dan penulis pada bab Problematika Kesehatan Jiwa Selama Pandemi Covid-19. Beliau lahir di Blora, 3 Februari 1968. Saat ini beliau menjabat sebagai ketua IDI Wilayah Jawa Timur, ketua Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) Propinsi Jawa Timur, ketua POGI Cabang Malang dan pengajar di Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.



Dr. Royke Tony Kalalo, Sp.KJ(K), FISCAM sebagai editor buku dan penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Kesehatan Mental Anak dan Remaja. Beliau lahir di Balikpapan, 23 Januari 1978. Saat ini menjadi staf pengajar di Dep./KSM Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga – RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Beliau adalah Psikiater Konsultan Psikiatri Anak dan Remaja. Saat ini sebagai Sekretaris Prodi Sp2 Psikiatri Anak dan Remaja FK UNAIR dan anggota Bidang Pengembangan Pendidikan Keprofesional Berkelanjutan Seksi Psikiatri Anak dan Remaja PP-PDSKJI.



DR. Dr. Andrianto, SpJP(K), FIHA, FAsCC sebagai editor buku. Beliau lahir di Tulungagung, 26 Maret 1969. Saat ini beliau menjabat sebagai Ketua Program Studi Jantung dan pembuluh darah FK Unair dan dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah (Konsultan) RSUD Dr. Soetomo.

KONTRIBUTOR



Prof. Dr. Marlina S. Mahajudin, Sp.KJ(K), PGD Pall Med. (ECU) sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Gangguan Mental Organik serta bab Pandemi Covid-19 dan Kesehatan Mental Usia Lanjut. Beliau lahir di Padang Sidempuan, 4 Desember 1947. Saat ini beliau merupakan Guru besar dan dosen luar biasa Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.



Prof. Dr. Hendy Muagiri Margono, Sp.KJ(K) sebagai penulis pada bab Gangguan Mental Perilaku Akibat Zat dan Perilaku Adiktif Sebagai Dampak Psikologis Pandemi Covid-19. Beliau lahir di Malang, 9 September 1948. Saat ini beliau merupakan Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.



DR. Dr. Bonaventura Handoko Daeng, Sp.KJ(K) sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Depresi. Beliau lahir di Sumbawa Besar, 25 Juni 1946. Saat ini beliau merupakan Psikiater Konsultan Psikiatri Biologi, Psikiater konsultan di RS Katolik St. Vincentius a Paulo Surabaya, dan Psikiater konsultan di RS Adi Husada Undaan Wetan Surabaya.



DR. Dr. Margarita M. Maramis, Sp.KJ(K), FISCAM sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Ansietas. Beliau lahir di Surabaya, 19 Agustus 1961. Saat ini beliau merupakan Psikiater Konsultan RSUD Dr. Soetomo dan Staf Pengajar di FK UNAIR, serta menjabat sebagai Kepala IRNA Jiwa RSUD Dr. Soetomo Surabaya.



DR. Dr. Limas Sutanto, Sp.KJ(K), M.PD sebagai penulis pada bab Psikoterapi Berfokus Naratif Inti untuk Membantu Individu-Individu Terdampak Wabah Covid-19. Beliau lahir di Yogyakarta, 4 Desember 1957. Saat ini beliau merupakan Praktisi psikiatri dan Psikoterapi.



Dr. Holipah, Ph.D sebagai penulis pada bab Tinjauan Epidemiologi Masalah Kesehatan Mental selama Pandemi Covid-19. Beliau lahir di Balikpapan, 4 Juni 1986. Saat ini beliau merupakan dosen di Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.



Dr. Nalini Muhdi, Sp.KJ(K), FISCM sebagai penulis pada bab Dampak Pandemi Covid-19 Pada Ibu Hamil dan Pasca Melahirkan (Perinatal) serta bab Pandemi Covid-19 dan Kekerasan Dalam Rumah Tangga. Beliau lahir di Kudus, 08 Mei 1959. Saat ini beliau merupakan Staf KSM/Dept. Ilmu Kedokteran Jiwa RSUD Dr. Soetomo/FK Universitas Airlangga.



Dr. Soetjipto, Sp.KJ(K) sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Kegawatdaruratan Psikiatri Beliau lahir di Surabaya, 26 April 1961. Saat ini beliau merupakan Staf KSM/ Dept. Psikiatri RSUD Dr. Soetomo/ FK Universitas Airlangga dan Koordinator Poli Rumatan Metadon RSUD Dr. Soetomo.



Dr. Agustina Konginan, Sp.KJ(K) sebagai penulis pada bab Pendampingan Dukacita dan Kondisi Terminal Covid-19. Beliau lahir di Surabaya, 14 Agustus 1961. Saat ini beliau merupakan Staf Medik Psikiatri RSUD Dr. Soetomo Surabaya.



Dr. Erikavetri Yulianti, Sp.KJ(K) sebagai penulis pada Pandemi Covid-19 dan Gangguan Mental Organik serta bab Pandemi Covid-19 dan Kesehatan Mental Usia Lanjut. Beliau lahir di Surabaya, 21 Juli 1976. Saat ini beliau merupakan Staf di KSM Kedokteran Jiwa RSUD Dr. Soetomo / Dept. Ilmu Kedokteran Jiwa FK Universitas Airlangga.



Dr. Justina Evy Tyaswati, Sp.KJ sebagai penulis pada Pandemi Covid-19 dan Gangguan Psikitik. Beliau lahir di Malang, 11 Oktober 1964. Saat ini beliau merupakan Psikiater dan Kepala KSM Psikiatri RSD Dr. Soebandi Jember.



Dr. Frilya Rachma Putri, Sp.KJ(K) sebagai penulis pada Pandemi Covid-19 dan Gangguan Psikosomatik. Beliau lahir 21 April 1982. Saat ini beliau merupakan Staf Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya/ RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.



Dr. Harsono Wiradinata, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Gangguan Makan. Beliau lahir di Surabaya, 8 Maret 1969. Saat ini beliau merupakan Kepala Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Universitas Wijaya Kusuma Surabaya.



Dr. Ivana Sajogo, Sp.KJ(K) sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Gangguan Makan. Beliau lahir di Surabaya, 21 Oktober 1970. Saat ini beliau merupakan Psikiater, Konsultan Psikiatri Anak dan Remaja di RSJ Menur.



Dr. Winarni Dian Dwiastuti Wisnu Putri, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Covid-19 dan *PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)*. Beliau lahir di Banyuwangi, 18 November 1978. Saat ini beliau merupakan Ka SMF Psikiatri RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.



Dr. Sadya Wendra, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Mini Review: Stigma Covid-19 dan Kesehatan Mental. Beliau lahir di Surabaya, 12 Agustus 1969. Saat ini beliau merupakan Kasubspromkeswa RSPAL dr. Ramelan Surabaya.



Dr. Andini Dyah Sitawati, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Gangguan Mental Organik serta bab Pandemi Covid-19 dan Kesehatan Mental Usia Lanjut. Beliau lahir di Surabaya, 14 Februari 1985. Saat ini beliau merupakan Dosen FK UNAIR Surabaya/ RS UNAIR Surabaya.



Dr. Utari Dyah Kusumawardhani, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Gangguan Mental Perilaku Akibat Zat dan Perilaku Adiktif Sebagai Dampak Psikologis Pandemi Covid-19. Beliau lahir di Surabaya, 21 Maret 1981. Saat ini beliau merupakan staf medik KSM Kedokteran Jiwa RSUD Dr. Soetomo Surabaya



Dr. Agnes Martaulina Haloho, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Kekerasan Dalam Rumah Tangga. Beliau lahir di Jayapura, 8 Juni 1972. Saat ini beliau merupakan Psikiater di RS Bhayangkara Surabaya H.S. Samsoeri Mertojoso.



Dr. Damba Bestari, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Kekerasan Dalam Rumah Tangga. Beliau lahir di Jakarta, 26 Oktober 1987. Saat ini beliau merupakan staf pengajar Departemen Psikiatri FK UNAIR / RSUD Dr. Soetomo Surabaya.



Dr. Zuhrotun Ulya, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Kesehatan Mental Tenaga Kesehatan. Beliau lahir di Malang, 18 Februari 1987. Saat ini beliau merupakan Staf Pengajar Psikiatri FK Universitas Brawijaya.



Dr. Ika Nurfaida, M.Sc, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Kesehatan Mental Tenaga Kesehatan. Beliau lahir di Jombang, 4 Januari 1976. Saat ini beliau merupakan Dokter Ahli Madya/Staf Medis Spesialis Kedokteran Jiwa – RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan Relawan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa – RS Lapangan Idjen Boulevard.



Dr. Nindita Pinastikasari, Sp.KJ, SH, MH sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Kesehatan Mental Tenaga Kesehatan. Beliau lahir di Malang, 28 Desember 1978. Saat ini beliau merupakan Ketua Komite Etik dan Hukum RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.



Dr. Ratri Istiqomah, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Kesehatan Mental Tenaga Kesehatan. Beliau lahir di Malang, 16 Mei 1986. Saat ini beliau merupakan Psikiater, Kepala Seksi Pelayanan Rawat Inap, Intensif, dan Pembedahan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.



Dr. Dearisa Surya Yudhantara, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Tinjauan Epidemiologi Masalah Kesehatan Mental selama Pandemi Covid-19. Beliau lahir di Balikpapan, 4 Juni 1986. Saat ini beliau merupakan staf Departemen / SMF Psikiatri FK Universitas Brawijaya – RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.



Dr. Inke Kusumastuti, M.Biomed, Sp.KJ sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Gangguan Psikitik. Beliau lahir di Blitar, 17 April 1986. Saat ini beliau merupakan Staf Pengajar Program Pendidikan Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember (FK UNEJ)/ Klinisi RSD Dr. Soebandi Jember.



Dr. Arvidareyna Panca Aprilianingtyas, MMRS sebagai penulis pada bab Pandemi Covid-19 dan Gangguan Psikitik. Beliau lahir di Malang, 15 April 1986. Saat ini beliau merupakan dokter umum.



Dr. Qonita Prasta Agustia sebagai penulis pada bab Problematika Kesehatan Jiwa Selama Pandemi Covid-19. Beliau lahir pada 25 Juni 1993. Saat ini beliau merupakan dokter umum Post-PTT di RSUD Dabo, Prov. Kepulauan Riau.



Dr. Steven Christian Susianto. Beliau lahir di Surabaya, 4 Mei 1994. Saat ini beliau merupakan tim mitigasi Satgas COVID-19 IDI Wilayah Jawa Timur dan dokter Post-PTT Puskesmas Moru, Alor, Nusa Tenggara Timur.

AUP 2021