

Gangguan Cemas Menyeluruh (Generalized Anxiety Disorder)

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tentang Generalized Anxiety Disorder (GAD) sesuai SKDI level 3A. Membahas epidemiologi, patofisiologi, diagnosis berdasarkan PPDGJ-III/DSM-5, tatalaksana farmakologi dan non-farmakologi, serta indikasi rujukan ke spesialis.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Gangguan Cemas Menyeluruh

1.1 Definisi dan Epidemiologi GAD

Gangguan Cemas Menyeluruh (Generalized Anxiety Disorder/GAD) menurut PPDGJ-III adalah gangguan neurosis dengan ansietas menyeluruh yang persisten, tidak terbatas pada situasi tertentu, berlangsung berminggu hingga berbulan. Pada DSM-5, kriteria memerlukan kecemasan berlebihan terhadap sejumlah peristiwa selama minimal 6 bulan, disertai minimal 3 dari 6 gejala tambahan (gelisah, mudah lelah, sulit konsentrasi, iritabilitas, ketegangan otot, gangguan tidur). Prevalensi seumur hidup 4–7%, prevalensi 12 bulan 1,5–3%, dengan rasio perempuan:laki-laki = 2:1 dan onset khas usia 25–45 tahun. Data Indonesia menunjukkan prevalensi gangguan ansietas 6–9% dari kunjungan layanan jiwa. Komorbid tersering adalah depresi mayor (60%), gangguan panik, fobia sosial, dan penggunaan zat.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Etiologi dan Patofisiologi

Etiologi GAD bersifat multifaktorial: genetik (heritabilitas 30–40%), biologis, psikologis, dan lingkungan. Polimorfisme gen 5-HTTLPR, reseptor 5-HT_{1A}, dan COMT berperan. Secara neurobiologis, disregulasi serotonin, norepinefrin, GABA, dan CRF mendasari hiperaktivitas jalur kewaspadaan dari lokus koeruleus dan nukleus raphe. Defisiensi GABAergik di korteks prefrontal menyebabkan kegagalan inhibisi respons stres. Neuroimaging menunjukkan hiperaktivitas amigdala dan hipoaktivitas korteks prefrontal medial/ventrolateral, sehingga pasien sulit membedakan ancaman nyata dengan yang dibayangkan. Aksis HPA disregulasi dengan kortisol basal meninggi. Model kognitif Beck menekankan overestimasi ancaman dan intoleransi ketidakpastian. GAD dipahami sebagai hasil interaksi biopsikososial.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Manifestasi Klinis dan Diagnosis

2.1 Manifestasi Klinis dan Penegakan Diagnosis

Manifestasi klinis GAD terdiri dari gejala psikis (free-floating anxiety, khawatir berlebihan menyeluruh, hipervigilans, ketegangan internal) dan somatis (kelelahan, sulit konsentrasi, pikiran kosong, gangguan tidur, iritabilitas, ketegangan otot). Pasien sering datang ke layanan non-psikiatri dengan keluhan somatik: palpitasi, sesak napas, nyeri kepala, gangguan GI, atau nyeri otot. Diagnosis ditegakkan berdasarkan kriteria DSM-5: (A) ansietas berlebihan >6 bulan; (B) sulit dikontrol; (C) >3 gejala tambahan; (D) menyebabkan distress/gangguan fungsi; (E) bukan efek zat/kondisi medis; (F) bukan gangguan mental lain. Pemeriksaan laboratorium untuk menyingkirkan diagnosis banding (TSH, darah lengkap, EKG, skrining napza). Kuesioner GAD-7: skor 0–4 minimal, 5–9 ringan, 10–14 sedang (probable GAD), 15–21 berat. Cut-off >10 menunjukkan ansietas signifikan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Tatalaksana Awal di Layanan Primer

Tatalaksana GAD di layanan primer sesuai SKDI 3A meliputi diagnosis, tata laksana pendahuluan, identifikasi komorbiditas, dan indikasi rujukan. Bangun therapeutic alliance, berikan psikoedukasi. Farmakoterapi lini pertama: SSRI (escitalopram 10–20 mg/hari atau sertraline 50–150 mg/hari) atau SNRI (venlafaxine XR 75–225 mg/hari, duloxetine 30–60 mg/hari). Alternatif: buspirone 15–60 mg/hari. Benzodiazepin (alprazolam 0,5–1 mg atau lorazepam 1–2 mg) hanya jangka pendek 2–4 minggu sebagai jembatan onset lambat antidepresan; waspadai toleransi dan withdrawal. Psikoedukasi mencakup kepatuhan obat (efek optimal 4–6 minggu), modifikasi stresor, sleep hygiene, olahraga 30 menit 3–5x/minggu, relaksasi otot progresif, napas diafragma, kurangi kafein. Brief psychodynamic psychotherapy dan supportive counseling dapat diberikan sesuai kompetensi.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Komplikasi, Prognosis, dan Tatalaksana Lanjutan

3.1 Komplikasi, Prognosis, dan Kriteria Rujukan

GAD yang tidak ditangani adekuat menimbulkan komplikasi psikiatri (komorbid depresi mayor 60%, gangguan panik, penggunaan zat sebagai swamedikasi) dan medis (peningkatan risiko kardiovaskular, IBS, GERD, nyeri kronis, disregulasi imun). Komplikasi sosial berupa penurunan produktivitas, absenteisme, isolasi, dan peningkatan risiko bunuh diri (terutama bila komorbid depresi). Pada kehamilan, GAD tidak terkontrol meningkatkan risiko preterm birth dan preeklampsia. Prognosis: 40–60% remisi dalam 6–12 bulan dengan tata laksana adekuat, namun 50% rekuren dalam 2 tahun. Faktor prognosis buruk: durasi lama, komorbiditas berat, dukungan sosial kurang. Kriteria rujukan ke SpKJ: gejala berat/tidak membaik setelah 4–6 minggu terapi lini pertama, komorbiditas psikiatri berat, efek samping sulit dikelola, kebutuhan CBT terstruktur, atau kasus pada populasi khusus (kehamilan, lansia, anak-remaja).

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Pendekatan Lanjutan: Psikoterapi dan Kasus Khusus

Tata laksana lanjutan oleh SpKJ meliputi optimalisasi dosis, kombinasi antidepresan, augmentasi (quetiapine dosis rendah, pregabalin 150–600 mg/hari), dan psikoterapi terstruktur. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) merupakan psikoterapi lini pertama berbasis bukti terkuat, terdiri dari 12–20 sesi dalam 4–6 bulan, membantu pasien mengidentifikasi distorsi kognitif dan melatih coping. Modalitas lain: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), dan psychodynamic psychotherapy singkat. Pada kehamilan, sertraline relatif aman; benzodiazepin dihindari (risiko cleft palate trimester 1, floppy infant trimester 3); psikoterapi menjadi pilihan utama. Pada lansia: dosis rendah, titrasi perlahan, hindari benzodiazepin jangka panjang.

Contoh kasus interaktif: Ny. R, 35 tahun, cemas tanpa sebab jelas 8 bulan, sulit tidur, kelelahan, ketegangan otot bahu, GAD-7=15, riwayat depresi keluarga. Tatalaksana: edukasi, sertraline 50 mg/hari titrasi, teknik relaksasi, kunjungan ulang 2 minggu (monitoring efek samping) dan 4–6 minggu (evaluasi respons), rujuk SpKJ jika tidak adekuat.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa: Gangguan Cemas Menyeluruh. Kemenkes RI (2018).
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Anxiety Disorders. American Psychiatric Association (2020).
3. NICE. Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults: Management (CG113). National Institute for Health and Care Excellence (2020).
4. Maslim R. Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5. PT Nuh Jaya (2018).
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry (11th ed.). Wolters Kluwer (2015).
6. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues in Clinical Neuroscience (2015).
7. Strawn JR, et al.. Pharmacotherapy for Generalized Anxiety Disorder in Adults. Expert Opinion on Pharmacotherapy (2018).
8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine (2006).
9. WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6B02 Generalized Anxiety Disorder. World Health Organization (2022).
10. Cuijpers P, et al.. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology Review (2014).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.