

Post-Traumatic Stress Disorder: Dari Deteksi hingga Rujukan

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tentang PTSD sesuai SKDI level 3A: memahami etiologi, mengenali manifestasi klinis, melakukan diagnosis, tatalaksana pendahuluan, serta indikasi rujukan ke spesialis.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar PTSD

1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Faktor Risiko PTSD

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) adalah gangguan mental yang berkembang setelah paparan peristiwa traumatik yang mengancam keselamatan atau integritas fisik maupun psikologis. Berbeda dengan respons stres akut normal yang mereda dalam beberapa hari hingga minggu, gejala PTSD menetap lebih dari satu bulan dan menimbulkan hendaya fungsional bermakna. Prevalensi seumur hidup di populasi umum berkisar 6–8%, dengan perempuan dua kali lebih berisiko dibanding laki-laki. Di Indonesia, prevalensi meningkat pasca bencana alam seperti gempa dan tsunami. Faktor risiko meliputi keparahan trauma, kekerasan yang disengaja, riwayat gangguan mental sebelumnya, jenis kelamin perempuan, kurangnya dukungan sosial, dan status sosial-ekonomi rendah. Deteksi dini di layanan primer penting karena banyak penderita tidak mencari pertolongan akibat stigma. Dokter perlu aktif melakukan skrining pada kelompok berisiko dan memberikan edukasi bahwa respons pasca-trauma dapat dikenali serta ditangani. Pemahaman faktor risiko membantu intervensi preventif yang tepat sasaran.

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

1.2 Etiologi dan Patofisiologi PTSD

PTSD memiliki etiologi multifaktorial sesuai model diathesis-stress, di mana kerentanan genetik bertemu dengan paparan stressor berat. Tidak semua individu yang mengalami trauma berkembang menjadi PTSD; sekitar 20–30% berlanjut menjadi gangguan persisten. Polimorfisme gen SLC6A4, dopamin, dan NR3C1 berperan dalam kerentanan. Secara neurobiologis, PTSD melibatkan disregulasi tiga sistem: axis HPA (kortisol rendah dengan sensitivitas reseptor glukokortikoid meningkat), sistem saraf otonom (hiperaktivitas simpatis persisten), dan struktur otak (penurunan volume hipokampus, hiperaktivitas amigdala, hipoaktivitas korteks prefrontal medial). Pada tingkat psikologis, teori Foa & Kozak menjelaskan terbentuknya struktur memori ketakutan yang terdistorsi, sementara model Ehlers & Clark menekankan appraisal ancaman persisten. Disosiasi peritraumatik merupakan prediktor kuat PTSD kronis. Pemahaman ini mendukung kombinasi pendekatan biologis dan psikologis dalam penanganan serta membantu dokter primer memberikan penjelasan tepat kepada pasien.

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

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana PTSD

2.1 Manifestasi Klinis dan Kriteria Diagnosis

PTSD dapat bermanifestasi sebagai gangguan psikologis, keluhan somatik dominan, atau campuran keduanya. Topeng somatik seperti nyeri kronis dan palpitasi sering membawa pasien ke dokter umum, sehingga kemampuan mengenali presentasi ini penting. Gejala DSM-5 dikelompokkan dalam empat kluster: intrusi (flashback, mimpi buruk), penghindaran, perubahan kognisi dan mood negatif, serta peningkatan arousal. Kriteria diagnosis meliputi paparan peristiwa traumatik (A), gejala intrusif minimal 1 (B), penghindaran minimal 1 (C), perubahan kognisi/mood minimal 2 (D), arousal minimal 2 (E), durasi lebih dari 1 bulan (F), dan hendaya fungsional bermakna (G). Asesmen menggunakan PCL-5 dengan cut-off 33. Diagnosis banding mencakup gangguan stres akut (gejala 3 hari–1 bulan), gangguan penyesuaian, depresi mayor, dan gangguan kecemasan umum. Perlu disingkirkan traumatic brain injury pada paparan trauma berulang.

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

2.2 Tatalaksana Pendahuluan dan Peran Dokter di Layanan Primer

Sesuai SKDI level 3A, dokter layanan primer melakukan tatalaksana pendahuluan, identifikasi kasus perlu rujukan, dan kolaborasi dengan psikiater. Pendekatan biopsikososial diawali dengan penilaian keamanan pasien. Psikoedukasi kepada pasien dan keluarga mengurangi self-blame, disertai teknik regulasi diri seperti diaphragmatic breathing, grounding 5-4-3-2-1, dan sleep hygiene. Watchful waiting dengan evaluasi berkala sesuai pada gejala stres akut kurang dari 1 bulan pasca-trauma; jika gejala menetap lebih dari 1 bulan, tatalaksana aktif dan rujukan diperlukan. Terapi psikologis trauma-focused (TF-CBT, EMDR, prolonged exposure) merupakan lini pertama dan hanya boleh diberikan oleh psikolog atau psikiater terlatih. Dokter primer berperan melakukan skrining, psikoedukasi, dan rujukan tepat. Farmakoterapi SSRI (sertraline, fluoxetine) dapat dimulai dengan monitoring ketat risiko bunuh diri.

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

2.3 Komplikasi, Komorbiditas, dan Indikasi Rujukan

Lebih dari 80% penderita PTSD memiliki komorbiditas psikiatrik, paling sering depresi mayor, gangguan cemas, penggunaan zat, dan gangguan kepribadian Cluster B. Komorbiditas memperburuk prognosis dan meningkatkan risiko bunuh diri. Komplikasi medik meliputi peningkatan risiko kardiovaskular, sindrom metabolik, dan gangguan autoimun terkait disregulasi HPA. Indikasi rujukan sesuai SKDI 3A: risiko bunuh diri atau homicide, gejala berat yang tidak berespons terhadap tatalaksana lini pertama dalam 4–6

minggu, komorbiditas kompleks, populasi khusus (anak, remaja, kehamilan, lansia), kebutuhan psikoterapi spesifik seperti EMDR atau prolonged exposure, serta keterlambatan perkembangan atau komplikasi berat. Surat rujukan harus memuat riwayat trauma, gejala, tatalaksana sebelumnya, dan alasan rujukan. Setelah rujukan, dokter primer tetap berperan dalam pemantauan, dukungan keluarga, dan deteksi kekambuhan.

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

Modul 3: Modul 3: Aplikasi Klinis dan Penddean

3.1 Varian Populasi Khusus: Anak, Remaja, dan Dewasa Lanjut

Presentasi PTSD pada anak berbeda dari dewasa: anak prasekolah menunjukkan trauma play, mimpi buruk, dan regresi perilaku; anak usia sekolah mengalami penurunan performa akademik dan keluhan somatik; remaja menunjukkan perilaku berisiko termasuk penggunaan zat. Kriteria DSM-5 menyediakan panduan khusus untuk anak di bawah 6 tahun. Pada lansia, PTSD sering underdiagnosed karena gejala tumpang tindih dengan penurunan kognitif. Late-onset PTSD dapat dipicu pensiun, kehilangan pasangan, atau penyakit kronis, terutama pada individu dengan riwayat trauma masa lalu seperti kekerasan atau tawuran. Pendekatan harus mempertimbangkan komorbiditas medis, polifarmasi, dan risiko jatuh. Aspek gender dan budaya sangat relevan di Indonesia; perempuan korban kekerasan seksual menghadapi hambatan budaya, sementara laki-laki menunda pertolongan karena stigma maskulinitas. Gejala PTSD sering diekspresikan secara somatik atau spiritual.

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

3.2 Studi Kasus dan Integrasi Peran Lintas Sektor

Studi kasus: perempuan 32 tahun datang dengan keluhan sakit kepala, sulit tidur, dan palpitasi selama 3 bulan pasca gempa yang merenggut rumah dan keluarganya. Ia mengalami mimpi buruk, flashback, menghindari membahas bencana, dan merasa 'tidak ada gunanya hidup'. Presentasi ini memenuhi kriteria PTSD sesuai DSM-5. Pendekatan komprehensif: (1) asesmen risiko bunuh diri dan keamanan lingkungan; (2) psikoedukasi bahwa gejalanya merupakan respons terhadap kejadian abnormal; (3) rujukan untuk trauma-focused CBT atau EMDR ke psikolog/psikiater terlatih; (4) mulai SSRI dosis rendah dengan monitoring ketat; (5) libatkan konselor untuk dukungan psikososial; (6) edukasi keluarga. Kolaborasi lintas sektor dengan dinas sosial, BPBD, psikolog, tokoh agama, dan masyarakat sipil sangat penting. Dokter berperan sebagai koordinator perawatan, inisiator edukasi komunitas, dan penjaga alur rujukan yang jelas.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Association (2009).
2. World Health Organization. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. WHO (2013).
3. National Institute for Health and Care Excellence. Post-Traumatic Stress Disorder (NG116). NICE (2018).
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 12th Edition. Wolters Kluwer (2022).
5. Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor J, Geddes J. New Oxford Textbook of Psychiatry, 2nd Edition. Oxford University Press (2011).
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry (2005).
7. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews (2013).
8. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, Vythilingam M, Rasmusson AM, Hoge CW. Psychotherapy versus Pharmacotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences (2016).
9. Bremner JD. Traumatic stress: Effects on the brain. Dialogues in Clinical Neuroscience (2006).
10. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ-III). Kemenkes RI (2013).

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.