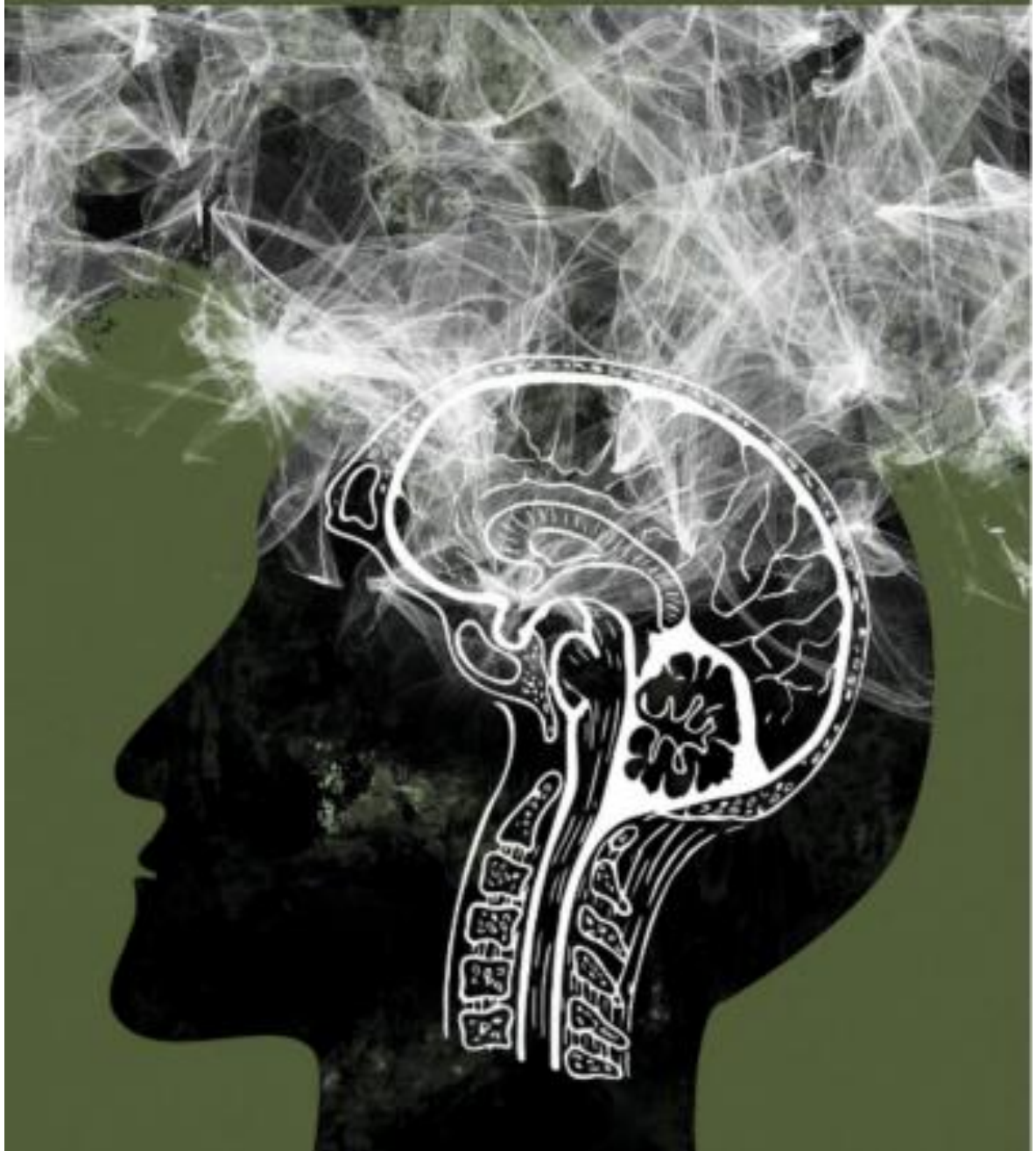




EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA

Editor: Hairil Akbar

Antonius Adolf Gehang | Echa Effendy Sismanto Amir | Hiasanti Kusuma Wardani | Nicholas Hardi
Syahrianti Sireu | Ika Nur Fitriana | Finni Fitriz Tumbiwa | Daniella Satyasari
Inne Ariane Gobel | Bayu Eka Kurniawan | A. Ulfana Fitri | Dina Palmyka Singkall



EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA

Antonius Adolf Gebang
Echa Effendy Siswanto Amir
Riastuti Kusuma Wardani | Nicholas Hardi
Syahrianti Sarea | Ika Nur Fitriana
Finni Fitria Tumiwa | Daniella Satyasari
Inne Ariane Gobel | Bayu Eka Kurniawan
A. Ulfiana Fitri | Dina Palayukan Singkali

Editor:
Hairil Akbar

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA

Antonius Adolf Gebang
Echa Effendy Siswanto Amir
Riastuti Kusuma Wardani | Nicholas Hardi
Syahrianti Sarea | Ika Nur Fitriana
Finni Fitria Tumiwa | Daniella Satyasari
Inne Ariane Gobel | Bayu Eka Kurniawan
A. Ulfiana Fitri | Dina Palayukan Singkali

Editor:
Hairil Akbar

Tata Letak:
Eleazar Mali Parutnung

Desain Cover:
Dessy

Ukuran:
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:
viii, 232

ISBN:
978-623-512-964-8

Terbit Pada:
Maret 2026

Hak Cipta 2026 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA.....	1
Antonius Adolf Gebang, S.Kep., M.P.H.	1
Pengantar Epidemiologi Kesehatan Jiwa	1
Konsep Epidemiologi Kesehatan Jiwa	3
2 PREVALENSI GANGGUAN KESEHATAN JIWA DI INDONESIA.....	23
Ns. Echa Effendy Siswanto Amir, S.Kep., M.Kep ..	23
Pengertian Kesehatan Jiwa	23
Latar Belakang Kesehatan Jiwa di Indonesia	24
Situasi Gangguan dan Kesehatan Jiwa di Indonesia	25
Makna Konseptual.....	25
Prevalensi dan Jenis Gangguan Jiwa	27
Kelompok Rentan Terhadap Gangguan Jiwa.....	29
Faktor Risiko dan Determinan Gangguan Jiwa	29
Implikasi Terhadap Upaya Prevalensi Gangguan Jiwa.....	33
Praktik Prevalensi Gangguan Jiwa di Indonesia ...	36
3 FAKTOR RISIKO GANGGUAN KESEHATAN JIWA	41
Riastuti Kusuma Wardani, MKM., Ph.D.	41
Pendahuluan	41
Konsep Faktor Risiko Gangguan Jiwa.....	42
Faktor Risiko Biologis	43
Faktor Risiko Psikologis	45
Faktor Risiko Sosial dan Lingkungan.....	46
Faktor Risiko Perilaku dan Paparan Teknologi.....	48

	Identifikasi dan Pengukuran Faktor Risiko	48
	Kesimpulan.....	49
4	GANGGUAN CEMAS DAN DEPRESI.....	55
	dr. Nicholas Hardi, Sp.KJ.	55
	Pendahuluan dan Epidemiologi.....	55
	Gangguan Cemas.....	57
	Gangguan Depresi	66
	Tatalaksana	70
	Kesimpulan.....	73
5	GANGGUAN BIPOLAR.....	81
	dr. Syahrianti Sarea, M.Biomed.	81
	Pendahuluan	81
	Epidemiologi Gangguan Bipolar	82
	Beban penyakit dan Dampak Kesehatan Masyarakat	83
	Etiologi dan Patogenesis	84
	Gambaran Klinis dan Penegakan Diagnosis	87
	Strategi Manajemen dan Tata Laksana	92
	Tata Laksana Farmakoterapi	92
6	SKIZOFRENIA.....	101
	dr. Ika Nur Fitriana, SpKJ.	101
	Definisi dan Gambaran Klinis	101
	Tilikan, Daya Nilai, dan Taraf dapat dipercaya... ..	104
	Kekhawatiran tentang Keamanan	104
	Prevalensi dan Beban Penyakit	105
	Usia Awitan Perjalanan Penyakit	108
	Diagnosis dan Klasifikasi	110
	Faktor Risiko	111
	Tatalaksana Skizofrenia.....	113

7	EPIDEMIOLOGI BUNUH DIRI DAN PERILAKU MERUSAK DIRI.....	123
	Ns. Finni Fitria Tumiwa, S.Kep., M.Kes.....	123
	Epidemiologi Bunuh Diri (<i>Suicide Behavior</i>)	123
	Tingkatan Perilaku Bunuh Diri	124
	Faktor yang Berhubungan dengan Penyebab Bunuh Diri.....	125
	Pencegahan Perilaku Bunuh Diri	126
	<i>Non-Suicidal Self Injury</i> (NSSI).....	127
	Jenis-jenis <i>Non-Suicidal Self Injury</i> (NSSI)	128
	Bentuk-bentuk <i>Non-Suicidal Self Injury</i> (NSSI) ..	129
	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku <i>Non-Suicidal Self Injury</i> (NSSI)	130
	Karakteristik Perilaku <i>Non-Suicidal Self Injury</i> (NSSI)	134
	Kriteria Diagnostik berdasarkan DSM-5	135
8	GANGGUAN AKIBAT ZAT DAN ADIKSI.....	141
	dr. Daniella Satyasari, SpKJ., AIFO-K.....	141
	Definisi	141
	Epidemiologi	143
	Etiologi dan Faktor Risiko.....	144
	Gejala	146
	Tatalaksana	148
9	KESEHATAN JIWA PADA KELOMPOK RENTAN (REMAJA, LANSIA, PEKERJA DAN IBU HAMIL) .	157
	Inne Ariane Gobel, S.KM., M.KL.	157
	Kesehatan Jiwa.....	157
	Aspek Kesehatan Jiwa	158
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan jiwa	159
	Kesehatan Jiwa pada Remaja	160

	Tanda-tanda Masalah Kesehatan Jiwa pada Remaja.....	161
	Upaya Pencegahan dan Penanganan Kesehatan Jiwa pada Remaja.....	162
	Kesehatan Jiwa pada Lansia.....	163
	Jenis-jenis Gangguan Jiwa pada Lansia	163
	Upaya Pencegahan dan penanganan Kesehatan jiwa pada lansia.....	164
	Kesehatan Jiwa pada Pekerja.....	164
	Jenis-Jenis Gangguan Jiwa di Tempat Kerja.....	165
	Dampak Gangguan Kesehatan jiwa	166
	Cara Mengelola Kesehatan Jiwa Pekerja	166
	Kesehatan Jiwa pada Ibu Hamil.....	167
	Faktor Pemicu Gangguan Kesehatan Jiwa pada Masa Kehamilan	168
	Gangguan Kesehatan Jiwa pada Ibu Hamil.....	168
	Cara Menjaga Kesehatan Jiwa Saat Hamil	169
10	SURVEILANS DAN SISTEM INFORMASI KESEHATAN JIWA DI INDONESIA.....	175
	Bayu Eka Kurniawan, S.Kep., Ns., M.Kep.	175
	Pendahuluan	175
	Konsep Dasar Surveilans Kesehatan Jiwa.....	176
	Jenis dan Metode Surveilans Kesehatan Jiwa	178
	Indikator dan Variabel Surveilans Kesehatan Jiwa.....	181
	Sistem Informasi Kesehatan Jiwa di Indonesia ..	183
	Sumber Data Kesehatan Jiwa	185
	Peran Perawat Jiwa dalam Surveilans dan Sistem Informasi.....	187
	Tantangan dan Isu Etik	188

11	STRATEGI PROMOSI DAN PENCEGAHAN GANGGUAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT	197
	A. Ulfiana Fitri, S.KM., M.Kes.	197
	Konsep Promosi Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat	197
	Konsep Pencegahan Gangguan Jiwa	201
	Bentuk Strategi Promosi Kesehatan Jiwa di Masyarakat	204
	Strategi Pencegahan Gangguan Jiwa Berbasis Masyarakat	205
	Peran Keluarga dan Masyarakat dalam Implementasi Strategi	207
12	ETIKA DAN ISU SENSITIF DALAM PENELITIAN KESEHATAN JIWA	215
	Ns. Dina Palayukan Singkali, S.Kep., M.Kep.	215
	Pendahuluan	215
	Tujuan Utama Penelitian Kesehatan Jiwa	217
	Prinsip Etika dalam Penelitian Kesehatan Jiwa..	220
	Isu Sensitif dalam Penelitian Kesehatan Jiwa	222
	Prosedur Etis dan Perlindungan Partisipan	225
	Praktik Baik dalam Penelitian Kesehatan Jiwa ..	227

BAB 8

GANGGUAN AKIBAT ZAT DAN ADIKSI

dr. Daniella Satyasari, SpKJ, AIFO-K

Universitas Trisakti

Definisi

Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) adalah zat psikoaktif yang memengaruhi sistem saraf pusat dan dapat menimbulkan perubahan kesadaran, emosi, perilaku manusia. Ada 10 kategori zat yang termasuk dalam NAPZA menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 Text Revised* (DSM-5-TR), yaitu alkohol, kafein, kanabis, halusinogen, inhalan, opioid, sedatif hipnotik atau ansiolitik, stimulan, tembakau, dan lainnya (atau tidak diketahui)(APA, 2022).

Kategori NAPZA berdasarkan sifatnya di sistem saraf pusat dijelaskan di Tabel 1 (Ciucă Anghel et al., 2023). Stimulan memiliki sifat menstimulasi Sistem Saraf Pusat (SSP) sehingga jika mengalami intoksikasi, akan terjadi peningkatan tanda-tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, laju pernafasan, dan suhu tubuh), kewaspadaan dan energi. Sebaliknya jika terjadi putus zat, maka penggunaanya akan mengalami penurunan tanda vital. Depresan memiliki sifat menekan sistem saraf pusat sehingga jika terjadi intoksikasi, penggunaanya akan mengalami penurunan tanda vital, bahkan penurunan kesadaran, dan sebaliknya saat putus zat akan terjadi peningkatan tanda vital. Halusinogen memiliki sifat mengubah persepsi sehingga jika pengguna mengonsumsi zat halusinogen, umumnya akan mengalami halusinasi auditorik/visual, ilusi, depersonalisasi, atau derealisasi. Jika mengalami intoksikasi halusinogen, sifatnya mirip dengan stimulant namun dengan peningkatan tanda vital yang sedikit lebih ringan. Gangguan akibat zat/*Substance-Use Disorders* termasuk adiksi, intoksikasi, putus zat, dan gangguan mental akibat zat (contoh gangguan psikotik/depresi yang diinduksi zat) (Ciucă Anghel et al., 2023; Heinz et al., 2022).

Tabel 8.1 Klasifikasi NAPZA berdasarkan sifatnya pada SSP

Depresan	Stimulan	Halusinogen
Alkohol	Amfetamin	LSD
Opioid	Metamfetamin	Magic mushroom
Sedatif hipnotik atau ansiolitik	Kokain	PCP
Kanabis (dosis kecil)	Nikotin	Ketamin
	Kafein	Meskalin
	MDMA (dosis kecil)	Kanabis (dosis tinggi)
		MDMA (dosis tinggi)

Penggunaan NAPZA juga sangat berpotensi menyebabkan ketergantungan melalui perubahan fungsi dan struktur otak sehingga berdampak pada kesehatan fisik, mental, dan fungsi sosial seseorang. Seorang individu yang mengalami ketergantungan/adiksi NAPZA tidak semata-mata karena kurang kuatnya mental seseorang atau kurangnya kemauan untuk berhenti menggunakan, melainkan merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial yang saling memengaruhi. Pemahaman ini penting untuk menggeser stigma bahwa adiksi adalah kegagalan moral, menuju pemahaman bahwa adiksi merupakan penyakit otak kronis yang dapat ditangani secara ilmiah dan manusiawi (Heilig & Barbier, 2022).

Epidemiologi

Individu berusia 18-24 tahun memiliki prevalensi yang cenderung lebih tinggi untuk menggunakan berbagai golongan NAPZA. Biasanya penggunaan dimulai dari usia remaja (12-17 tahun) sehingga lebih banyak remaja yang mengalami intoksikasi karena sedang dalam fase inisial penggunaannya. Di Amerika, umumnya remaja menggunakan alkohol (4.6%), inhalansia (2.3%), hipnotik sedatif atau ansiolitik (2.4%). Umumnya penggunaan stimulan, kanabis dan opioid dimulai di usia dewasa, sekitar usia 20 tahunan. Umumnya penggunaan stimulan dimulai pada usia 23 tahun. Pengguna stimulan jenis metampetamin yang pertama kali dirawat/direhabilitasi di usia 34 tahun, sedangkan pengguna stimulan jenis kokain di usia 44 tahun. Prevalensi penggunaan kanabis di Amerika pada usia 18-29 tahun sebesar 6.9% (APA, 2022)

Pengguna laki-laki 2.5 kali lipat lebih banyak daripada perempuan, dan lebih banyak laki-laki yang mengalami overdosis dibandingkan perempuan (Whitley, 2021). Namun pada perempuan memiliki kecenderungan lebih banyak yang mengonsumsi obat-obatan yang diresepkan, seperti golongan opioid dan hipnotik, sedatif, ansiolitik. Pada 50% perempuan yang menggunakan NAPZA memiliki kecenderungan mengalami komorbiditas mengalami gangguan jiwa lainnya, seperti gangguan depresi dan atau cemas (Ellis et al., 2024). Prevalensi penggunaan alkohol pada orang Amerika adalah 12% dan laki-laki 3.84 kali lebih banyak menjadi alkoholik dibandingkan perempuan (De Araújo Costa et al., 2025). Semakin muda seseorang mulai menggunakan NAPZA, akan lebih sulit untuk menghentikan penggunaannya (Whitley, 2021).

Etiologi dan Faktor Risiko

Gangguan adiksi NAPZA berkembang melalui proses neuroadaptasi otak akibat paparan zat psikoaktif yang berulang. Zat-zat ini mengaktivasi sistem *reward* di otak, yaitu area mesolimbik, terutama jalur dopamin sehingga menimbulkan sensasi menyenangkan yang disebut dengan “*high*”. Sensasi menyenangkan ini yang membuat seseorang ingin mengulangi pengalamannya tersebut dengan kembali menggunakan NAPZA. Proses ini dinamakan dengan penguatan perilaku, yaitu perilaku akan diulang kembali karena mendapatkan *reward* yang diharapkan/menyenangkan. Konsumsi NAPZA dalam jumlah berlebihan dapat menyebabkan “*high*” yang berlebihan atau disebut juga dengan intoksikasi. Jika seseorang mengalami intoksikasi, akan terjadi perubahan perilaku bermakna secara psikis, dan perubahan tanda-tanda vital, tergantung jenis zat yang digunakan. Paparan berulang dapat menyebabkan adanya neuroadaptasi di otak sehingga dosis

yang dapat menimbulkan sensasi menyenangkan tersebut akhirnya kurang sehingga dosis akan semakin meningkat (toleransi). Selain itu, jika tidak digunakan dapat menimbulkan reaksi putus zat secara fisik (nyeri, badan sakit, gejala seperti flu, mual, diare, muntah, dan lainnya), maupun secara psikis (sulit tidur, gelisah, cemas berlebih, kesedihan berlebih, halusinasi, dan lainnya). Pada akhirnya terjadi pengulangan penggunaan NAPZA kembali agar menghilangkan efek putus zat yang tidak menyenangkan tersebut atau sebagai antisipasi agar efek tersebut tidak terjadi lagi. Penggunaan zat kembali juga dilakukan jika ada pikiran, keinginan kuat/*craving* ataupun impulsivitas untuk menggunakan yang diikuti dengan kompulsi untuk melakukannya. Umumnya pengguna sudah mengetahui dampak buruk penggunaan NAPZA, baik konsekuensi kesehatan maupun hukum, namun mereka tetap menggunakannya karena sudah terjadi siklus adiksi ini (Heilig & Barbier, 2022; Stahl, 2021).

Namun demikian, faktor neurotransmitter saja tidak cukup menjelaskan kompleksitas adiksi. Kerentanan terhadap ketergantungan juga dipengaruhi oleh faktor biologis lainnya, faktor psikologis, dan sosial (Miles, 2020).

1. Faktor Biologis

Faktor biologis mencakup predisposisi genetik, usia pertama kali terpapar NAPZA, adanya komorbiditas penyakit ataupun gangguan jiwa lainnya. Individu dengan riwayat keluarga adiksi memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan penggunaan NAPZA sampai 1:2. Ini artinya jika seorang ayah mengalami adiksi NAPZA tertentu, setiap 1 dari 2 anaknya memiliki potensi mengalami adiksi juga. Faktor usia pertama kali menggunakan akan meningkatkan risiko adiksi yang lebih tinggi dan prognosis lebih buruk. Adanya komorbiditas gangguan psikiatrik lainnya (gangguan bipolar, depresi, cemas, psikotik, insomnia, gangguan pemusatan perhatian dan perilaku, gangguan kepribadian), serta penyakit fisik (obesitas, penyakit berat seperti kanker, autoimun, nyeri kronis) (“Biopsychosocial Model of Addiction,” 2009).

2. Faktor Psikologis

Dari sisi psikologis, adiksi sering berkaitan dengan kesulitan regulasi emosi, impulsivitas, harga diri rendah, mekanisme koping yang kurang baik dalam menghadapi stres, pola asuh otoriter (terlalu kaku dan tidak ada kehangatan), permisif (segala hal diperbolehkan/dimanjakan), serta tidak konsisten (misalnya ayah membolehkan, ibu

melarang), pengalaman traumatis selama masa kanak hingga dewasa, penelantaran, riwayat kekerasan dan pelecehan. Banyak pasien dalam praktik klinis menggunakan NAPZA sebagai cara cepat untuk meredakan penderitaan emosional, meskipun bersifat sementara dan berujung pada siklus ketergantungan (Heilig & Barbier, 2022; Miles, 2020).

3. Faktor Sosial

Faktor sosial meliputi lingkungan keluarga yang disfungsional ataupun kurang suportif, lingkungan keluarga/teman sebaya sesama pemakai, kemudahan akses, adanya dukungan finansial untuk membeli, serta norma sosial yang permisif terhadap penggunaan alkohol atau zat tertentu. Stigma dan diskriminasi terhadap pengguna NAPZA juga dapat memperburuk kondisi dengan menghambat akses terhadap pengobatan dan dukungan sosial (Miles, 2020).

Gejala

Gangguan akibat zat mencakup adiksi, intoksikasi, putus zat, dan gangguan mental akibat zat (contoh gangguan psikotik/depresi yang diinduksi zat). Diagnosis adiksi dapat ditegakkan jika ditemukan tiga atau lebih gejala dalam kurun waktu satu tahun:

- Adanya keinginan yang kuat atau dorongan yang memaksa (kompulsi) untuk menggunakan zat.
- Kesulitan dalam mengendalikan perilaku menggunakan zat sejak awal, usaha penghentian atau tingkat penggunaannya.
- Keadaan putus zat secara fisiologis Ketika penghentian penggunaan zat atau pengurangan, terbukti orang tersebut menggunakan zat atau golongan zat yang sejenis dengan tujuan untuk menghilangkan atau menghindari terjadinya gejala putus zat.
- Adanya bukti toleransi, berupa peningkatan dosis zat psikoaktif yang diperlukan guna memperoleh efek yang sama yang biasanya diperoleh dengan dosis lebih rendah.
- Secara progresif mengabaikan alternatif menikmati kesenangan karena penggunaan zat psikoaktif lain, meningkatnya jumlah waktu yang diperlukan untuk mendapatkan atau menggunakan zat atau pulih dari akibatnya.
- Terus menggunakan zat meskipun ia menyadari adanya akibat yang merugikan kesehatannya (APA, 2022).

Pada intoksikasi harus ada bukti bahwa individu tersebut baru saja menggunakan zat dalam jumlah banyak atau lebih banyak daripada biasanya. Gejala intoksikasi yang dialami tergantung zat yang dikonsumsi yang dapat juga sampai menyebabkan kematian, misalnya pada intoksikasi opioid dan kokain (Ericson et al., 2024; Park et al., 2010). Pada putus zat, harus ada bukti bahwa individu tersebut rutin menggunakan suatu zat dan berhenti beberapa jam atau hari sehingga muncul gejala putus zat, baik gejala fisik maupun psikis. Gejala putus zat sangat bervariasi tergantung jenis zat yang digunakan. Gejala putus zat yang berat bisa sampai kondisi delirium maupun kejang, misalnya pada putus zat alkohol. Tanda-tanda fisiologis putus obat yang jelas dan umumnya lebih khas dan sering terjadi pada alkohol, opioid, dan obat sedatif hipnotik dan ansiolitik. Tanda dan gejala putus obat dengan stimulant serta tembakau dan ganja, seringkali ada tetapi kurang khas gejalanya (APA, 2022).

Pada penggunaan zat, baik dalam keadaan intoksikasi, putus zat, maupun adiksi, dapat mengakibatkan gejala gangguan mental, seperti gejala gangguan cemas, psikotik, depresi, bipolar. Pada penelitian metaanalisis oleh Lalli dkk menunjukkan 66.7% pengguna zat berisiko mengalami gangguan bipolar dan risiko terbesar sebesar 55.6% dan 50% pada pengguna kanabis dan obat yang diresepkan (Lalli et al., 2021). Penelitian lainnya menunjukkan individu yang mengalami gangguan psikotik yang diinduksi zat berisiko mengalami gangguan depresi ataupun gangguan cemas di kemudian hari (Hjorthøj et al., 2021), sedangkan penelitian lainnya menunjukkan 32.2% gangguan psikotik yang diinduksi zat dapat berkembang menjadi skizofrenia ataupun gangguan bipolar (Fiorentini et al., 2021). Semua data-data gejala ini diambil secara autoanamnesis, aloanamnesis, pemeriksaan fisik dan psikiatri (penilaian status mental), rekam jantung, rontgen dada, serta laboratorium jika diperlukan. Pemeriksaan laboratorium darah yang dapat dilakukan seperti darah lengkap, gula darah sewaktu, elektrolit untuk menyingkirkan diagnosis banding dan menentukan tatalaksana selanjutnya.

Tatalaksana

Tatalaksana meliputi psikofarmaka dan non psikofarmaka. Umumnya dimulai dari penilaian kondisi gawat darurat atau bukan yang dinilai dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik (tanda-tanda vital, status generalis, dan pemeriksaan lab sesuai kebutuhan) dan pemeriksaan status mental terlebih dahulu. Jika kondisi gawat darurat, maka tatalaksana psikofarmaka dimulai dari memastikan *airway, breathing, circulation* aman terlebih dahulu dengan memberikan oksigen dan

infus cairan. Tatalaksana berikutnya adalah simptomatik sesuai gejala. Misalnya pada kondisi intoksikasi maupun putus zat yang ada suhu tinggi, maka dapat diberikan infus cairan secara drip dan obat penurun panas seperti Paracetamol IV drip untuk menurunkan suhu tinggi. Jika ada tekanan darah tinggi, dapat diberikan obat anti hipertensi yang tersedia di IGD, seperti Nicardipin/Clonidin/Nifedipin. Jika ada kondisi hipoglikemi atau dehidrasi, misalnya pada intoksikasi alkohol, maka perlu diberikan cairan dan glukosa 5% (Sarkar et al., 2023).

Jika ada gejala psikotik maupun agitasi, dapat diberikan golongan antipsikotik generasi II/atipikal, seperti Risperidon 2 x 1 mg atau Quetiapin 2 x 100 mg atau Aripiprazol 1 x 5 mg atau Olanzapin 1 x 5 mg. Obat dimulai dari dosis kecil terlebih dahulu dan mempertimbangkan gejala, risiko yang ada pada individu tersebut dan manfaatnya. Jika ada gejala agitasi yang sampai gaduh gelisah dan tidak kooperatif, maka dapat diberikan pengobatan yang melalui jalur injeksi intramuskular, seperti Haloperidol 5 mg atau Olanzapin 5 mg (Liu, 2021; Sarkar et al., 2023). Jika ada gejala depresi, maka dapat diberikan antidepresan golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) seperti Sertralin 1 x 50 mg, Fluoxetin 1 x 10 mg, Escitalopram 1 x 5 mg. Jika ada percobaan bunuh diri, maka ada indikasi untuk dilakukan rawat inap untuk pencegahan tindakan tersebut dilakukan. (Clinical Guideline Committee (CGC) Members et al., 2024)

Selain pengobatan, aspek non-psikofarmaka sangat penting dalam penanganan pasien dengan gangguan penggunaan zat, terutama psikoterapi seperti terapi kognitif perilaku dan terapi dialektikal perilaku (Labbe et al., 2023). Terapi kognitif perilaku dapat membantu meningkatkan abstinensia jangka pendek pada pengguna stimulan untuk membantu mengidentifikasi dan memodifikasi pikiran serta perilaku yang disfungsi. Teknik psikoterapi ini membantu individu agar memiliki strategi koping yang lebih baik dalam mengatasi masalahnya sehingga meningkatkan abstinensia dan mencegah relaps (Kim et al., 2025; Labbe et al., 2023). Terapi dialektikal perilaku membantu individu dengan komorbiditas depresi atau gangguan kepribadian ambang dalam menurunkan gejala depresi serta memiliki mekanisme koping yang lebih baik (Buono et al., 2021).

Daftar Pustaka

APA. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition text revision (DSM-5-TR)*. APA Publishing, 5 TR.

Biopsychosocial Model of Addiction. (2009). In G. Fisher & N. Roget, *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, & Recovery*. SAGE Publications, Inc.
<https://doi.org/10.4135/9781412964500.n47>

- Buono, F. D., Larkin, K., Rowe, D., Perez-Rodriguez, M. M., Sprong, M. E., & Garakani, A. (2021). Intensive Dialectical Behavior Treatment for Individuals With Borderline Personality Disorder With and Without Substance Use Disorders. *Frontiers in Psychology*, 12, 629842. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.629842>
- Ciucă Anghel, D.-M., Nițescu, G. V., Tiron, A.-T., Guțu, C. M., & Baconi, D. L. (2023). Understanding the Mechanisms of Action and Effects of Drugs of Abuse. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 28(13), 4969. <https://doi.org/10.3390/molecules28134969>
- Clinical Guideline Committee (CGC) Members, ASAM Team, AAAP Team, & IRETA Team. (2024). The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder. *Journal of Addiction Medicine*, 18(1S Suppl 1), 1–56. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001299>
- De Araújo Costa, D., Ribeiro, K. M., De Oliveira Parnaíba, A. L., De Oliveira, A. K. A., Da Silva Barbosa, B., De Paula, G. L. F. R., Nogueira, P. S. F., & De Mendonça Figueirêdo Coelho, M. (2025). Prevalence of Alcoholism in Adults Worldwide: Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-025-01467-5>
- Ellis, R. A., Bailey, A. J., Jordan, C., Shapiro, H., Greenfield, S. F., & McHugh, R. K. (2024). Gender differences in illicit drug access, use and use disorder: Analysis of National Survey on Drug Use and Health data. *Journal of Psychiatric Research*, 175, 118–122. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.05.017>
- Ericson, Ø. B., Eide, D., Lobmaier, P., & Clausen, T. (2024). Mortality risk and causes of death among people who use opioids in a take-home naloxone cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 255, 111087. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111087>
- Fiorentini, A., Cantù, F., Crisanti, C., Cereda, G., Oldani, L., & Brambilla, P. (2021). Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 694863. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.694863>
- Heilig, M., & Barbier, E. (2022). Cycles of addiction and loneliness. *Neuron*, 110(24), 4035–4037. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2022.12.002>
- Heinz, A., Gül Halil, M., Gutwinski, S., Beck, A., & Liu, S. (2022). ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 93(1), 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01071-7>
- Hjorthøj, C., Arnfred, B., Behrendt, S., Møller, S. B., & Nordentoft, M. (2021). Substance-induced psychosis as a risk factor for unipolar depression or anxiety disorders—A nationwide register-based prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 295, 960–966. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.004>
- Kim, J., Kwak, J., Jeong, H., Kim, N. J., Lee, S.-Y., Kim, Y., Kim, J., Han, S., Chun, H., Park, K. J., Lee, S.-B., Kim, G., Lee, H. K., & Yim, H. W. (2025). Efficacy of cognitive behavioral therapy for stimulant use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1695702. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1695702>

- Labbe, A. K., Johnson, D. P., Lynch, T., Yeterian, J. D., & Kelly, J. F. (2023). Cognitive-Behavioral Approaches for the Treatment of Substance Use Disorders and Co-occurring Mental Health Conditions. In S. E. Sprich, T. Petersen, & S. Wilhelm (Eds.), *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 291–307). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29368-9_20
- Lalli, M., Brouillette, K., Kapczinski, F., & de Azevedo Cardoso, T. (2021). Substance use as a risk factor for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 285–295. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.012>
- Liu, M. T. (2021). Pharmacotherapy treatment of stimulant use disorder. *The Mental Health Clinician*, 11(6), 347–357. <https://doi.org/10.9740/mhc.2021.11.347>
- Miles, E. (2020). Biopsychosocial Model. In M. D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 259–260). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1095
- Park, J. M., Donovan, A. L., Park, L., & Prager, L. M. (2010). Emergency Psychiatry. In *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* (pp. 527–540). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1927-7.00039-X>
- Sarkar, S., Bhatia, G., & Dhawan, A. (2023). Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Patients with Substance Intoxication Presenting to the Emergency Department. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 196–211. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_490_22
- Stahl, S. M. (2021). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Vol. 5th edition*. Cambridge University Press. <https://www.perlego.com/book/4230556/stahls-essential-psychopharmacology-neuroscientific-basis-and-practical-applications-pdf>
- Whitley, R. (2021). Wasted Lives: Substance Abuse, Substance Use Disorder and Addictions in Men. In R. Whitley, *Men's Issues and Men's Mental Health* (pp. 45–69). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-86320-3_3

dr. Daniella Satyasari.Sp.KJ AIFO-k GANGGUAN AKIBAT ZAT DAN ADIKSI

 Artikel Mahasiswa

Document Details

Submission ID

00000000000000000000000000000000

Submission Date

Aug 15, 2026, 8:02 AM GMT+7

Download Date

Aug 15, 2026, 8:13 AM GMT+7

File Name

EPIDEMIOLOGI - BAB 8 -DANIELLA SATYASARI.docx

File Size

1.5 MB

12 Pages

2,853 Words

15,182 Characters

11% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text

Top Sources

- 10%  Internet sources
- 2%  Publications
- 10%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Top Sources

10%	 Internet sources
2%	 Publications
10%	 Submitted work (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	edoc.pub	6%
2	Student papers	Fakultas Kedokteran Universitas Pattimura on 2025-03-07	<1%
3	Internet	espace.curtin.edu.au	<1%
4	Internet	e-journal.metrouniv.ac.id	<1%
5	Student papers	Universitas Negeri Surabaya The State University of Surabaya on 2025-11-27	<1%
6	Publication	Nadia FERNANDEZ. "Binding characteristics of Ah receptors from rats and mice b...	<1%
7	Internet	repositori.uin-alaududin.ac.id	<1%
8	Internet	repositorio.ufpb.edu.br	<1%
9	Internet	siha.kemkes.go.id	<1%
10	Internet	www.nursingce.com	<1%
11	Student papers	LL DIKTI IX Turnitin Consortium Part II on 2021-10-16	<1%

BAB 8

GANGGUAN AKIBAT ZAT DAN ADIKSI

dr. Daniella Satyasari, SpKJ, AIFO-K
Universitas Trisakti

Definisi

2 Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) adalah zat psikoaktif yang memengaruhi sistem saraf pusat dan dapat menimbulkan perubahan kesadaran, emosi, perilaku manusia. Ada 10 kategori zat yang termasuk dalam NAPZA menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 Text Revised* (DSM-5-TR), yaitu alkohol, kafein, kanabis, halusinogen, inhalan, opioid, sedatif hipnotik atau ansiolitik, stimulan, tembakau, dan lainnya (atau tidak diketahui)(APA, 2022).

4 Kategori NAPZA berdasarkan sifatnya di sistem saraf pusat dijelaskan di Tabel 1 (Ciucă Anghel et al., 2023). Stimulan memiliki sifat menstimulasi Sistem Saraf Pusat (SSP) sehingga jika mengalami intoksikasi, akan terjadi peningkatan tanda-tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, laju pernafasan, dan suhu tubuh), kewaspadaan dan energi. Sebaliknya jika terjadi putus zat, maka penggunaanya akan mengalami penurunan tanda vital. Depresan memiliki sifat menekan sistem saraf pusat sehingga jika terjadi intoksikasi, penggunaanya akan mengalami penurunan tanda vital, bahkan penurunan kesadaran, dan sebaliknya saat putus zat akan terjadi peningkatan tanda vital. Halusinogen memiliki sifat mengubah persepsi sehingga jika pengguna mengonsumsi zat halusinogen, umumnya akan mengalami halusinasi auditorik/visual, ilusi, depersonalisasi, atau derealisasi. Jika mengalami intoksikasi halusinogen, sifatnya mirip dengan stimulan namun dengan peningkatan tanda vital yang sedikit lebih ringan. Gangguan akibat zat/*Substance-Use Disorders* termasuk adiksi, intoksikasi, putus zat, dan gangguan mental akibat zat (contoh gangguan psikotik/depresi yang diinduksi zat) (Ciucă Anghel et al., 2023; Heinz et al., 2022).

Tabel 8.1 Klasifikasi NAPZA berdasarkan sifatnya pada SSP

Depresan	Stimulan	Halusinogen
Alkohol	Amfetamin	LSD
Opioid	Metamfetamin	Magic mushroom
Sedatif hipnotik atau ansiolitik	Kokain	PCP
Kanabis (dosis kecil)	Nikotin	Ketamin
	Kafein	Meskalin
	MDMA (dosis kecil)	Kanabis (dosis tinggi)
		MDMA (dosis tinggi)

Penggunaan NAPZA juga sangat berpotensi menyebabkan ketergantungan melalui perubahan fungsi dan struktur otak sehingga berdampak pada kesehatan fisik, mental, dan fungsi sosial seseorang. Seorang individu yang mengalami ketergantungan/adiksi NAPZA tidak semata-mata karena kurang kuatnya mental seseorang atau kurangnya kemauan untuk berhenti menggunakan, melainkan merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial yang saling memengaruhi. Pemahaman ini penting untuk menggeser stigma bahwa adiksi adalah kegagalan moral, menuju pemahaman bahwa adiksi merupakan penyakit otak kronis yang dapat ditangani secara ilmiah dan manusiawi (Heilig & Barbier, 2022).

Epidemiologi

Individa berusia 18-24 tahun memiliki prevalensi yang cenderung lebih tinggi untuk menggunakan berbagai golongan NAPZA. Biasanya penggunaan dimulai dari usia remaja (12-17 tahun) sehingga lebih banyak remaja yang mengalami intoksikasi karena sedang dalam fase inisial penggunaannya. Di Amerika, umumnya remaja menggunakan alkohol (4.6%), inhalansia (2.3%), hipnotik sedatif atau ansiolitik (2.4%). Umumnya penggunaan stimulan, kanabis dan opioid dimulai di usia dewasa, sekitar usia 20 tahunan. Umumnya penggunaan stimulan dimulai pada usia 23 tahun.

Pengguna stimulan jenis metampetamin yang pertama kali dirawat/direhabilitasi di usia 34 tahun, sedangkan pengguna stimulan jenis kokain di usia 44 tahun. Prevalensi penggunaan kanabis di Amerika pada usia 18-29 tahun sebesar 6.9% (APA, 2022)

Pengguna laki-laki 2.5 kali lipat lebih banyak daripada perempuan, dan lebih banyak laki-laki yang mengalami overdosis dibandingkan perempuan (Whitley, 2021). Namun pada perempuan memiliki kecenderungan lebih banyak yang mengonsumsi obat-obatan yang diresepkan, seperti golongan opioid dan hipnotik, sedatif, ansiolitik. Pada 50% perempuan yang menggunakan NAPZA memiliki kecenderungan mengalami komorbiditas mengalami gangguan jiwa lainnya, seperti gangguan depresi dan atau cemas (Ellis et al., 2024). Prevalensi penggunaan alkohol pada orang Amerika adalah 12% dan laki-laki 3.84 kali lebih banyak menjadi alkoholik dibandingkan perempuan (De Araújo Costa et al., 2025). Semakin muda seseorang mulai menggunakan NAPZA, akan lebih sulit untuk menghentikan penggunaannya (Whitley, 2021).

Etiologi dan Faktor Risiko

Gangguan adiksi NAPZA berkembang melalui proses neuroadaptasi otak akibat paparan zat psikoaktif yang berulang. Zat-zat ini mengaktifasi sistem *reward* di otak, yaitu area mesolimbik, terutama jalur dopamin sehingga menimbulkan sensasi menyenangkan yang disebut dengan "*high*". Sensasi menyenangkan ini yang membuat seseorang ingin mengulangi pengalamannya tersebut dengan kembali menggunakan NAPZA. Proses ini dinamakan dengan penguatan perilaku, yaitu perilaku akan diulang kembali karena mendapatkan *reward* yang diharapkan/menyenangkan. Konsumsi NAPZA dalam jumlah berlebihan dapat menyebabkan "*high*" yang berlebihan atau disebut juga dengan intoksikasi. Jika seseorang mengalami intoksikasi, akan terjadi perubahan perilaku bermakna secara psikis, dan perubahan tanda-tanda vital, tergantung jenis zat yang digunakan. Paparan berulang dapat menyebabkan adanya neuroadaptasi di otak sehingga dosis yang dapat menimbulkan sensasi menyenangkan tersebut akhirnya kurang sehingga dosis akan semakin meningkat (toleransi). Selain itu, jika tidak digunakan dapat menimbulkan reaksi putus zat secara fisik (nyeri, badan sakit, gejala seperti flu, mual, diare, muntah, dan lainnya), maupun secara psikis (sulit tidur, gelisah, cemas berlebih, kesedihan berlebih, halusinasi, dan lainnya). Pada akhirnya terjadi pengulangan penggunaan

NAPZA kembali agar menghilangkan efek putus zat yang tidak menyenangkan tersebut atau sebagai antisipasi agar efek tersebut tidak terjadi lagi. Penggunaan zat kembali juga dilakukan jika ada pikiran, keinginan kuat/*craving* ataupun impulsivitas untuk menggunakan yang diikuti dengan kompulsi untuk melakukannya. Umumnya pengguna sudah mengetahui dampak buruk penggunaan NAPZA, baik konsekuensi kesehatan maupun hukum, namun mereka tetap menggunakannya karena sudah terjadi siklus adiksi ini (Heilig & Barbier, 2022; Stahl, 2021).

Namun demikian, faktor neurotransmitter saja tidak cukup menjelaskan kompleksitas adiksi. Kerentanan terhadap ketergantungan juga dipengaruhi oleh faktor biologis lainnya, faktor psikologis, dan sosial (Miles, 2020).

1. Faktor Biologis

Faktor biologis mencakup predisposisi genetik, usia pertama kali terpapar NAPZA, adanya komorbiditas penyakit ataupun gangguan jiwa lainnya. Individu dengan riwayat keluarga adiksi memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan penggunaan NAPZA sampai 1:2. Ini artinya jika seorang ayah mengalami adiksi NAPZA tertentu, setiap 1 dari 2 anaknya memiliki potensi mengalami adiksi juga. Faktor usia pertama kali menggunakan akan meningkatkan risiko adiksi yang lebih tinggi dan prognosis lebih buruk. Adanya komorbiditas gangguan psikiatrik lainnya (gangguan bipolar, depresi, cemas, psikotik, insomnia, gangguan pemusatan perhatian dan perilaku, gangguan kepribadian), serta penyakit fisik (obesitas, penyakit berat seperti kanker, autoimun, nyeri kronis) ("Biopsychosocial Model of Addiction," 2009).

2. Faktor Psikologis

Dari sisi psikologis, adiksi sering berkaitan dengan kesulitan regulasi emosi, impulsivitas, harga diri rendah, mekanisme koping yang kurang baik dalam menghadapi stres, pola asuh otoriter (terlalu kaku dan tidak ada kehangatan), permisif (segala hal diperbolehkan/dimanjakan), serta tidak konsisten (misalnya ayah memperbolehkan, ibu melarang), pengalaman traumatis selama masa kanak hingga dewasa, penelantaran, riwayat kekerasan dan pelecehan. Banyak pasien dalam praktik klinis menggunakan NAPZA sebagai cara cepat

untuk meredakan penderitaan emosional, meskipun bersifat sementara dan berujung pada siklus ketergantungan (Heilig & Barbier, 2022; Miles, 2020).

3. Faktor Sosial

Faktor sosial meliputi lingkungan keluarga yang disfungsi atau kurang suportif, lingkungan keluarga/teman sebaya sesama pemakai, kemudahan akses, adanya dukungan finansial untuk membeli, serta norma sosial yang permisif terhadap penggunaan alkohol atau zat tertentu. Stigma dan diskriminasi terhadap pengguna NAPZA juga dapat memperburuk kondisi dengan menghambat akses terhadap pengobatan dan dukungan sosial (Miles, 2020).

Gejala

Gangguan akibat zat mencakup adiksi, intoksikasi, putus zat, dan gangguan mental akibat zat (contoh gangguan psikotik/depresi yang diinduksi zat). Diagnosis adiksi dapat ditegakkan jika ditemukan tiga atau lebih gejala dalam kurun waktu satu tahun:

- Adanya keinginan yang kuat atau dorongan yang memaksa (kompulsi) untuk menggunakan zat.
- Kesulitan dalam mengendalikan perilaku menggunakan zat sejak awal, usaha penghentian atau tingkat penggunaannya.
- Keadaan putus zat secara fisiologis. Ketika penghentian penggunaan zat atau pengurangan, terbukti orang tersebut menggunakan zat atau golongan zat yang sejenis dengan tujuan untuk menghilangkan atau menghindari terjadinya gejala putus zat.
- Adanya bukti toleransi, berupa peningkatan dosis zat psikoaktif yang diperlukan guna memperoleh efek yang sama yang biasanya diperoleh dengan dosis lebih rendah.
- Secara progresif mengabaikan alternatif menikmati kesenangan karena penggunaan zat psikoaktif lain, meningkatnya jumlah waktu yang diperlukan untuk mendapatkan atau menggunakan zat atau pulih dari akibatnya.
- Terus menggunakan zat meskipun ia menyadari adanya akibat yang merugikan kesehatannya (APA, 2022).

Pada intoksikasi harus ada bukti bahwa individu tersebut baru saja menggunakan zat dalam jumlah banyak atau lebih banyak daripada biasanya. Gejala intoksikasi yang dialami tergantung zat yang dikonsumsi yang dapat juga sampai menyebabkan kematian, misalnya pada intoksikasi opioid dan kokain (Eriksen et al., 2024; Park et al., 2010). Pada putus zat, harus ada bukti bahwa individu tersebut rutin menggunakan suatu zat dan berhenti beberapa jam atau hari sehingga muncul gejala putus zat, baik gejala fisik maupun psikis. Gejala putus zat sangat bervariasi tergantung jenis zat yang digunakan. Gejala putus zat yang berat bisa sampai kondisi delirium maupun kejang, misalnya pada putus zat alkohol. Tanda-tanda fisiologis putus obat yang jelas dan umumnya lebih khas dan sering terjadi pada alkohol, opioid, dan obat sedatif hipnotik dan ansiolitik. Tanda dan gejala putus obat dengan stimulan serta tembakau dan ganja, seringkali ada tetapi kurang khas gejalanya (APA, 2022).

Pada penggunaan zat, baik dalam keadaan intoksikasi, putus zat, maupun adiksi, dapat mengakibatkan gejala gangguan mental, seperti gejala gangguan cemas, psikotik, depresi, bipolar. Pada penelitian metaanalisis oleh Lalli dkk menunjukkan 66.7% pengguna zat berisiko mengalami gangguan bipolar dan risiko terbesar sebesar 55.6% dan 50% pada pengguna kanabis dan obat yang diresepkan (Lalli et al., 2021). Penelitian lainnya menunjukkan individu yang mengalami gangguan psikotik yang diinduksi zat berisiko mengalami gangguan depresi ataupun gangguan cemas di kemudian hari (Hjorthøj et al., 2021), sedangkan penelitian lainnya menunjukkan 32.2% gangguan psikotik yang diinduksi zat dapat berkembang menjadi skizofrenia ataupun gangguan bipolar (Fiorentini et al., 2021). Semua data-data gejala ini diambil secara autoanamnesis, aloanamnesis, pemeriksaan fisik dan psikiatri (penilaian status mental), rekam jantung, rontgen dada, serta laboratorium jika diperlukan. Pemeriksaan laboratorium darah yang dapat dilakukan seperti darah lengkap, gula darah sewaktu, elektrolit untuk menyingkirkan diagnosis banding dan menentukan tatalaksana selanjutnya.

Tatalaksana

Tatalaksana meliputi psikofarmaka dan non psikofarmaka. Unsurnya dimulai dari penilaian kondisi gawat darurat atau bukan yang dinilai dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik (tanda-tanda vital, status generalis, dan pemeriksaan lab sesuai kebutuhan) dan pemeriksaan status mental terlebih dahulu. Jika kondisi gawat darurat,

maka tatalaksana psikofarmaka dimulai dari memastikan *airway, breathing, circulation* aman terlebih dahulu dengan memberikan oksigen dan infus cairan. Tatalaksana berikutnya adalah simptomatik sesuai gejala. Misalnya pada kondisi intoksikasi maupun putus zat yang ada suhu tinggi, maka dapat diberikan infus cairan secara drip dan obat penurun panas seperti Paracetamol IV drip untuk menurunkan suhu tinggi. Jika ada tekanan darah tinggi, dapat diberikan obat anti hipertensi yang tersedia di IGD, seperti Nicardipin/Clonidin/Nifedipin. Jika ada kondisi hipoglikemi atau dehidrasi, misalnya pada intoksikasi alkohol, maka perlu diberikan cairan dan glukosa 5% (Sarkar et al., 2023).

Jika ada gejala psikotik maupun agitasi, dapat diberikan golongan antipsikotik generasi II/atipikal, seperti Risperidon 2 x 1 mg atau Quetiapin 2 x 100 mg atau Aripiprazol 1 x 5 mg atau Olanzapin 1 x 5 mg. Obat dimulai dari dosis kecil terlebih dahulu dan mempertimbangkan gejala, risiko yang ada pada individu tersebut dan manfaatnya. Jika ada gejala agitasi yang sampai gaduh gelisah dan tidak kooperatif, maka dapat diberikan pengobatan yang melalui jalur injeksi intramuskular, seperti Haloperidol 5 mg atau Olanzapin 5 mg (Liu, 2021; Sarkar et al., 2023). Jika ada gejala depresi, maka dapat diberikan antidepresan golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) seperti Sertraline 1 x 50 mg, Fluoxetine 1 x 10 mg, Escitalopram 1 x 5 mg. Jika ada percobaan bunuh diri, maka ada indikasi untuk dilakukan rawat inap untuk pencegahan tindakan tersebut dilakukan. (Clinical Guideline Committee (CGC) Members et al., 2024)

Selain pengobatan, aspek non-psikofarmaka sangat penting dalam penanganan pasien dengan gangguan penggunaan zat, terutama psikoterapi seperti terapi kognitif perilaku dan terapi dialektikal perilaku (Labbe et al., 2023). Terapi kognitif perilaku dapat membantu meningkatkan abstinensi jangka pendek pada pengguna stimulan untuk membantu mengidentifikasi dan memodifikasi pikiran serta perilaku yang disfungsi. Teknik psikoterapi ini membantu individu agar memiliki strategi koping yang lebih baik dalam mengatasi masalahnya sehingga meningkatkan abstinensi dan mencegah relaps (Kim et al., 2025; Labbe et al., 2023). Terapi dialektikal perilaku membantu individu dengan komorbiditas depresi atau gangguan kepribadian ambang dalam menurunkan gejala depresi serta memiliki mekanisme koping yang lebih baik (Buono et al., 2021).