

Skizofrenia: Diagnosis dan Tatalaksana Awal

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tentang skizofrenia untuk dokter umum level 3A. Membahas epidemiologi, patofisiologi, gejala positif dan negatif, kriteria diagnosis DSM-5/PPDGJ, tatalaksana farmakologi dengan antipsikotik, dan indikasi rujukan ke psikiater.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Skizofrenia

1.1 Lesson 1.1: Epidemiologi dan Etiologi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikiatri berat dengan prevalensi global sekitar 1% (Owen et al., Lancet 2016) dan insidensi 10–20 kasus per 100.000 orang per tahun. Data Riskesdas menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sekitar 7 per mil rumah tangga. Onset puncak pada pria 18–25 tahun, wanita 25–35 tahun. Harapan hidup berkurang 10–20 tahun dibanding populasi umum.

Etiologi multifaktorial. Riwayat keluarga: risiko anak dengan orang tua skizofrenia 10–13%, kembar monozigotik konkoransi 46% (Owen et al., 2016). Gen terkait: DISC1, COMT, NRG1. Model diathesis-stress menekankan interaksi genetik-lingkungan. Faktor lingkungan: komplikasi obstetrik, paparan zat psikoaktif, malnutrisi prenatal, stresor psikososial.

Kapan Harus Merujuk? Risiko bunuh diri/kekerasan tinggi, gejala berat, atau kegagalan tatalaksana awal harus dirujuk ke psikiater.

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

1.2 Lesson 1.2: Patofisiologi dan Gambaran Klinis

Hipotesis neurodevelopmental: gangguan migrasi neuronal prenatal dan mielinasi tertunda (Owen et al., Lancet 2016). Hipotesis dopaminergik: hiperaktivitas mesolimbik menghasilkan gejala positif (waham, halusinasi, bicara disorganis), hipoaktivitas mesokortikal menghasilkan gejala negatif (avolition, alogia, anhedonia). Hipotesis glutamatergik: disfungsi reseptor NMDA berperan pada gejala negatif dan kognitif. Inflamasi: peningkatan IL-6, TNF- α 5%. Struktural: pelebaran ventrikel lateral, penurunan gray matter.

Integrasi klinis untuk dokter umum: gejala positif dikenali dari waham kejar dan halusinasi auditory command; gejala negatif dari penarikan sosial dan afek tumpul. Gangguan kognitif berupa sulit konsentrasi.

Kapan Harus Merujuk? Temuan prodromal atau first episode harus dirujuk untuk konfirmasi psikiater.

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

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana

2.1 Lesson 2.1: Kriteria Diagnosis dan Pemeriksaan Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan DSM-5 (APA, 2013) atau PPDGJ-III. DSM-5: minimal dua gejala, minimal satu berupa waham, halusinasi, atau bicara disorganis (Sadock, 2022). Gejala bertahan minimal 1 bulan fase aktif, gangguan berkelanjutan minimal 6 bulan.

PPDGJ-III (Maslim, 2013) mempertahankan subtype paranoid, hebefrenik, katatonik, undifferentiated, residual.

Contoh: Remaja 17 tahun, penarikan sosial dan penurunan akademik 1 tahun (prodromal). Laki-laki 22 tahun, halusinasi command dan waham kejar onset 3 minggu (first episode).

Tatalaksana awal oleh dokter umum pada kasus prodromal: psikoedukasi keluarga, monitoring ketat, rujukan psikiater untuk evaluasi lebih lanjut; jangan mulai antipsikotik tanpa diagnosis pasti.

Kapan Harus Merujuk? Semua kasus suspected skizofrenia, terutama first episode, memerlukan rujukan psikiater.

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

2.2 Lesson 2.2: Tatalaksana Farmakologi dan Non-Farmakologi

Antipsikotik: tipikal (haloperidol, chlorpromazine) dan atipikal (risperidone, olanzapine, quetiapine, clozapine, aripiprazole). Atipikal lini pertama karena EPS lebih rendah (Huhn et al., Lancet 2019). Dosis: risperidone mulai 0.5–1 mg bid, target 2–6 mg/hari; olanzapine 10–20 mg/hari; quetiapine dosis awal rendah, target 400–800 mg/hari; aripiprazole 10–30 mg/hari (Keepers et al., APA 2020).

Monitoring efek samping metabolik oleh dokter umum (De Hert et al., 2012): BB, IMT, GDP, profil lipid setiap 3–6 bulan. Risiko diabetes dan dislipidemia terutama pada olanzapine dan clozapine.

PERINGATAN KESELAMATAN KRITIS: NMS mengancam jiwa—hentikan antipsikotik, rawat ICU. Perpanjangan QT terutama ziprasidone—perlu EKG. EPS ditangani trihexyphenidyl 2–4 mg/hari.

Non-farmakologi: psikoedukasi, CBTp, rehabilitasi psikososial.

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

Modul 3: Modul 3: Pendalaman Klinis

3.1 Lesson 3.1: Penatalaksanaan Fase Akut dan Skizofrenia Refrakter

Fase akut: stabilisasi gejala, keamanan pasien. Agitasi berat: haloperidol IM 1–2 mg dapat diberikan dokter umum HANYA dosis awal tunggal di IGD, maksimal total 5 mg/hari, dan lorazepam IM 2 mg dengan batas maksimal 4–6 mg/hari. Dosis ulangan hanya atas instruksi psikiater.

PERINGATAN KESELAMATAN KRITIS: Kombinasi haloperidol + lorazepam IM berisiko depresi pernapasan—wajib monitoring saturasi oksigen dan jalan napas. Rujuk psikiater sebelum titrasi lebih lanjut.

Clozapine untuk refrakter (kegagalan "e2 antipsikotik adekuat, Siskind et al., 2017): dosis awal 12.5 mg/malam, titrasi ke 300–450 mg/hari, maksimal 900 mg/hari.

Monitoring clozapine untuk dokter umum: $ANC = (\%neutrofil\ segmen + \%batang) \times leukosit\ total / 100$. Hentikan jika $ANC < 1500/mm^3$ atau leukosit $< 3000/mm^3$. Frekuensi: mingguan (0–6 bulan), setiap 2 minggu (6–12 bulan), bulanan (>12 bulan). Evaluasi AIMS setiap 6 bulan.

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

3.2 Lesson 3.2: Studi Kasus dan Pendekatan Holistik

Studi Kasus 1: Laki-laki 22 tahun, halusinasi command dan waham kejar, onset <1 bulan. Dokter umum: rujuk psikiater untuk konfirmasi diagnosis; JANGAN memulai antipsikotik jangka panjang tanpa diagnosis pasti. Jika agitasi, berikan haloperidol dosis rendah per protokol Lesson 3.1. Psikoedukasi keluarga: jelaskan sifat penyakit, pentingnya kepatuhan, tanda darurat.

Studi Kasus 2: Wanita 35 tahun, skizofrenia 5 tahun, eksaserbasi setelah putus obat. Tawarkan antipsikotik atipikal (olanzapine 10 mg/hari atau aripiprazole 10 mg/hari). Diskusikan LAI (risperidone, paliperidone) untuk kepatuhan (Tiihonen et al., JAMA Psychiatry 2017). Monitor metabolik tiap 3–6 bulan.

Pertanyaan Evaluasi: (1) Dua gejala positif utama? Waham dan halusinasi. (2) Kapan merujuk? Diagnosis tidak jelas, kegagalan lini pertama 6–8 minggu, risiko bunuh diri/ kekerasan, kehamilan, kandidat clozapine.

Komunikasi keluarga (psikoedukasi singkat): jelaskan diagnosis, prognosis, efek obat, tanda relapse. Pendekatan holistik memerlukan kolaborasi multiprofesi.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa: Skizofrenia. Kemenkes RI (2018).
2. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, et al.. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. American Journal of Psychiatry (2020).
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 12th Edition. Wolters Kluwer (2022).
4. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. Lancet (2016).
5. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, et al.. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia. Lancet (2019).
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association Publishing (2013).
7. Maslim R. PPDGJ-III: Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia. Mitra Psikologi Klinik (2013).
8. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, et al.. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29,823 Patients With Schizophrenia. JAMA Psychiatry (2017).
9. De Hert M, Detraux J, van Winkel R, et al.. Metabolic and cardiovascular adverse events associated with antipsychotic medications. Nature Reviews Endocrinology (2012).
10. Siskind D, Siskind V, Kisely S. Clozapine and Long-Term Mortality in Patients With Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin (2017).

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.