

Gangguan Psikotik: Diagnosis & Tatalaksana Pendahuluan

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tentang gangguan psikotik untuk level SKDI 3A: mengenali gejala, melakukan diagnosis pendahuluan, tatalaksana awal, serta indikasi rujukan ke spesialis jiwa.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Gangguan Psikotik

1.1 Pengertian, Epidemiologi, dan Beban Gangguan Psikotik

Definisi dan Ruang Lingkup

Gangguan psikotik adalah sekelompok gangguan mental berat yang ditandai dengan hilangnya kontak dengan realitas (reality testing) yang adekuat. Manifestasi utamanya berupa gejala positif (halusinasi, delusi, gangguan pikir), gejala negatif (afek tumpul, alogia, avolition), serta disorganisasi perilaku dan pikiran. Berdasarkan PPDGJ-III dan DSM-5, istilah psikotik mencakup kondisi di mana pasien mengalami distorsi fundamental pikiran dan persepsi, dengan kemampuan membedakan realitas dan tidak-realitas yang terganggu. Skizofrenia merupakan prototipe utama, namun spektrum gangguan psikotik juga mencakup gangguan skizoafektif, gangguan waham, gangguan psikotik singkat, gangguan skizofreniform, dan gangguan psikotik akibat zat/kondisi medis umum.

Epidemiologi

Prevalensi global gangguan skizofrenia kurang lebih 1% sepanjang hidup, dengan insidensi sekitar 10–20 per 100.000 penduduk per tahun. Usia onset tipikal adalah akhir remaja hingga awal usia tiga puluhan; pada laki-laki onset rata-rata lebih awal (18–25 tahun) dibanding perempuan (20–35 tahun), dengan puncak kedua pada perempuan usia perimenopause. Berdasarkan Riskesdas 2018, prevalensi gangguan mental berat/skizofrenia di Indonesia mencapai 1,7 per mil, dengan variasi antar provinsi yang cukup lebar. Faktor risiko yang telah dikonfirmasi meliputi riwayat keluarga tingkat pertama (risiko 10%), komplikasi obstetrik, infeksi prenatal, penggunaan kanabis pada usia muda, urbanisasi, dan migrasi.

Beban Penyakit dan Dampak

Gangguan psikotik memberikan beban disability-adjusted life years (DALYs) yang sangat tinggi, menduduki peringkat atas penyebab disabilitas di usia muda. Dampak ekonomi mencakup biaya langsung (rawat inap, obat) maupun tidak langsung (kehilangan produktivitas, beban pengasuh). Stigma sosial masih menjadi barrier utama yang menghambat pencarian pertolongan dini. Pada level SKDI 3A, dokter di layanan primer harus mampu mengenali dini, melakukan stabilisasi awal, dan merujuk tepat waktu agar prognosis jangka panjang—yang berkaitan erat dengan duration of untreated psychosis (DUP)—dapat ditingkatkan.

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

1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi

Model Etiologi Multidimensi

Gangguan psikotik tidak memiliki penyebab tunggal; dipahami sebagai hasil interaksi kompleks antara kerentanan genetik, faktor neurobiologis, psikososial, dan lingkungan.

Model stres–diatesis menjelaskan bahwa seseorang dengan diatesis (kerentanan biologis) akan berkembang menjadi psikotik ketika terpapar stresor yang melebihi ambang kopingnya. Pendekatan modern memandang perjalanan penyakit sebagai continuum, dimulai dari fase prodromal (attenuated psychosis syndrome) menuju first episode dan akhirnya kronis.

Faktor Genetik dan Biologis

Studi kembar dan adopsi menunjukkan heritabilitas skizofrenia mencapai 60–80%. Variasi genetik yang terkait meliputi gen DISC1, COMT, NRG1, dan copy number variants pada 22q11.2. Pada level neurotransmitter, hipotesis dopaminergik menyatakan bahwa hiperaktivitas jalur mesolimbik mendasari gejala positif, sementara hipoaktivitas jalur mesokortikal menyebabkan gejala negatif dan kognitif. Disregulasi glutamat (hipotesis NMDA-reseptor), serotonin, GABA, dan asetilkolin juga berperan. Temuan neuroimaging menunjukkan pembesaran ventrikel lateral, reduksi volume substansia grisea kortikal (terutama hipokampus dan amigdala), serta penurunan aktivitas prefrontal dorsolateral yang berkaitan dengan defisit eksekutif.

Faktor Psikososial dan Lingkungan

Komplikasi kehamilan dan persalinan (hipoksia, malnutrisi maternal, infeksi CMV/toksoplasma), paparan timbal, penyalahgunaan kanabis dan metamfetamin, trauma masa kecil, serta isolasi sosial merupakan faktor risiko yang termodifikasi. Stresor kehidupan (kehilangan pekerjaan, perceraian, migrasi) sering memicu episode akut. Teori ekspresi emosi (Expressed Emotion) menunjukkan bahwa lingkungan keluarga dengan kritik, hostile, dan over-involvement yang tinggi dapat meningkatkan risiko relaps hingga 3–4 kali lipat.

Implikasi untuk Praktik Klinis Tingkat 3A

Pemahaman patofisiologi membantu dokter menjelaskan kondisi kepada keluarga dengan bahasa yang tidak menghakimi dan berbasis bukti. Mengenali faktor risiko memungkinkan skrining pada populasi rentan dan promosi pencegahan primer. Pada tahap ini, intervensi dini di layanan primer (misalnya menghindari kanabis, mengatasi stresor, mendeteksi dini gejala prodromal) menjadi strategi efektif untuk menurunkan morbiditas jangka panjang.

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

Modul 2: Modul 2: Manifestasi Klinis, Diagnosis, dan Tatalaksana Awal

2.1 Manifestasi Klinis dan Penegakan Diagnosis

Spektrum Gejala Psikotik

Manifestasi klinis gangguan psikotik dikelompokkan menjadi gejala positif, negatif, dan kognitif. Gejala positif meliputi halusinasi (terutama auditorik berupa suara-suara yang mendiskusikan atau memerintah pasien), delusi (keyakinan palsu yang dipertahankan walaupun ada bukti berlawanan, seperti waham kejar, waham kebesaran, waham kendali, atau waham rujukan), gangguan pikiran formal (loose association, tangensialitas, flight of ideas), dan perilaku aneh atau katatonik. Gejala negatif mencakup afek tumpul/datar, alogia (sedikit bicara), anhedonia, avolition (kurang inisiatif), serta asosialitas. Defisit kognitif terutama pada atensi, memori kerja, dan fungsi eksekutif sering mendahului gejala positif dan menjadi prediktor kuat outcome fungsional.

Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Anamnesis harus dilakukan dengan pendekatan empatik, menjaga keselamatan pasien dan pewawancara. Perlu ditanyakan onset (akut vs. gradual), durasi, pencetus, perjalanan gejala, penggunaan zat (kanabis, metamfetamin, alkohol), riwayat medik (epilepsi, tiroid, autoimun seperti SLE, HIV), riwayat psikiatri sebelumnya, dan riwayat keluarga gangguan jiwa. Pemeriksaan status mental (PSM) menyeluruh mencakup appearance, behavior, speech, mood, affect, thought (form, content, possession), perception, cognition, insight, dan judgment. Pemeriksaan fisik dan neurologis dasar wajib dilakukan untuk menyingkirkan etiologi organik (delirium, ensefalitis, neoplasma).

Kriteria Diagnosis

Berdasarkan PPDGJ-III, diagnosis skizofrenia membutuhkan setidaknya satu gejala sangat khas (delusi, halusinasi auditorik, thought broadcasting/insertion/withdrawal) atau setidaknya dua gejala lain (thought disorder, katatonik, gejala negatif) yang berlangsung minimal 1 bulan, dengan fase aktif minimal 1 minggu, dan tanda-tanda gangguan yang berlangsung total paling sedikit 6 bulan. DSM-5 menggunakan kriteria serupa dengan durasi minimal 6 bulan dan menekankan penurunan fungsi sosial/okupasional. Diferensiasi dengan gangguan mood dengan fitur psikotik, gangguan psikotik singkat (<1 bulan), gangguan skizofreniform (1–6 bulan), dan kondisi medis umum yang mendasari harus dilakukan secara cermat.

Peran Dokter Tingkat 3A

Dokter layanan primer berperan menegakkan diagnosis pendahuluan, menyingkirkan penyebab organik (delirium, gangguan metabolik, intoksikasi), memulai tatalaksana awal, dan merujuk ke psikiater. Tidak jarang pasien datang dalam kondisi tidak kooperatif atau kekhawatiran keluarga; kemampuan membangun rapport dengan keluarga menjadi kunci keberhasilan asuhan awal.

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

2.2 Tatalaksana Awal dan Stabilisasi Psikofarmaka

Prinsip Tatalaksana Komprehensif

Tatalaksana gangguan psikotik di tingkat 3A mencakup stabilisasi akut, inisiasi antipsikotik, penatalaksanaan efek samping, psikoedukasi keluarga, dan rujukan. Prinsip dasarnya adalah biopsikososial—paduan antara farmakoterapi, intervensi psikososial, dan dukungan komunitas. Stabilisasi akut bertujuan memastikan keselamatan pasien, mengendalikan agitasi, dan membangun aliansi terapeutik.

Manajemen Agitasi dan Darurat

Pada pasien agitasi yang berisiko mencederai diri sendiri atau orang lain, de-eskalasi verbal adalah lini pertama: bicara tenang, jelas, singkat, hindari konfrontasi, dan tawarkan pilihan. Bila tidak berhasil, dapat diberikan antipsikotik injeksi short-acting. Haloperidol 5 mg IM (dapat diulang tiap 30–60 menit, maks 20 mg/hari) dikombinasikan dengan lorazepam 2 mg IM merupakan regimen lazim. Alternatif lain adalah olanzapin 10 mg IM atau ziprasidon 20 mg IM. Penilaian risiko bunuh diri dan pencederaan wajib dilakukan; jika ada rencana/upaya serius, rawat inap atau restriksi sesuai indikasi medik perlu dipertimbangkan, dengan mengacu pada regulasi kesehatan jiwa yang berlaku.

Antipsikotik Oral

Antipsikotik generasi pertama (tipikal) seperti haloperidol 5–10 mg/hari atau klorpromazin 100–300 mg/hari masih banyak digunakan di Indonesia karena ketersediaan dan biaya. Antipsikotik generasi kedua (atipikal) seperti risperidon (2–6 mg/hari), olanzapin (5–20 mg/hari), kuetiapin (300–800 mg/hari), aripiprazol (10–30 mg/hari), dan klozapin (300–900 mg/hari) memiliki profil efek samping ekstrapiramidal yang lebih rendah, namun memerlukan perhatian terhadap metabolic syndrome. Pemilihan obat mempertimbangkan riwayat respons, efek samping sebelumnya, komorbiditas, ketersediaan, dan kemampuan finansial pasien. Onset perbaikan gejala positif biasanya 2–6 minggu, sehingga edukasi tentang kepatuhan jangka panjang sangat penting.

Monitoring Efek Samping dan Rujukan

Pemantauan efek samping mencakup gejala ekstrapiramidal (distonia akut, akatisia, parkinsonism, tardive dyskinesia), hiperprolaktinemia (risperidon), peningkatan berat badan dan dislipidemia (olanzapin, klozapin), sedasi, dan sindrom metabolik. Pemeriksaan laboratorium dasar (gula darah, profil lipid, fungsi hati) dan EKG (untuk obat yang memengaruhi QTc seperti haloperidol dan ziprasidon) diperlukan sebelum memulai terapi. Dokter 3A harus merujuk ke psikiater untuk kasus pertama, gejala berat, kegagalan terapi lini pertama, kehamilan, atau ketika direncanakan penggunaan klozapin. Komunikasi terbuka dengan keluarga mengenai pentingnya kepatuhan, efek samping, dan tanda-tanda relaps menjadi bagian integral tatalaksana.

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

Modul 3: Modul 3: Komplikasi, Prognosis, dan Pendalaman Klinis

3.1 Komplikasi, Komorbiditas, dan Prognosis

Komplikasi Somatik

Pasien gangguan psikotik memiliki risiko tinggi terhadap berbagai komplikasi somatik yang berkontribusi pada excess mortality. Sindrom metabolik terjadi pada 40–60% pasien, ditandai obesitas sentral, dislipidemia, hiperglikemia, dan hipertensi—terutama dengan penggunaan olanzapin dan klozapin. Diabetes mellitus tipe 2 dan penyakit kardiovaskular dini merupakan penyebab utama penurunan harapan hidup 10–20 tahun dibanding populasi umum. Efek samping ekstrapiramidal berupa distonia akut, akatisia, parkinsonism, dan tardive dyskinesia (permanen) memerlukan deteksi dan penatalaksanaan dini. Hiperprolaktinemia menyebabkan galaktorea, amenorea, gangguan seksual, dan osteoporosis.

Komplikasi Psikososial

Isolasi sosial, stigma, kehilangan pekerjaan, perceraian, dan tunawisma merupakan komplikasi sosial yang menurunkan kualitas hidup secara signifikan. Risiko bunuh diri meningkat 5–10% sepanjang hidup, terutama pada fase awal, saat merasa putus asa setelah remisi parsial, dan pada pasien dengan komorbid depresi. Penyalahgunaan zat (nikotin, kanabis, alkohol) terjadi pada 50–70% pasien, memperburuk prognosis dan memicu relaps. Perilaku agresif, meskipun jarang, dapat terjadi dan biasanya berkaitan dengan delusi kejar, command hallucination, atau kondisi komorbid.

Faktor yang Memengaruhi Prognosis

Prognosis gangguan psikotik sangat individual. Faktor prognosis baik: onset akut, faktor pencetus jelas, onset usia lebih tua, riwayat sosial-prestasi baik, gejala afektif dominan, dan respons cepat terhadap obat. Faktor prognosis buruk: onset gradual, onset sangat muda, riwayat premorbid buruk, gejala negatif dominan, riwayat keluarga berat, dan kepatuhan rendah. Konsep Duration of Untreated Psychosis (DUP) yang singkat merupakan faktor prognosis yang dapat dimodifikasi—menekankan pentingnya deteksi dini dan rujukan tepat waktu.

Peran Dokter 3A dalam Mitigasi Komplikasi

Dokter layanan primer melakukan skrining rutin sindrom metabolik (BB, lingkar pinggang, tekanan darah, profil lipid, glukosa puasa) minimal 6 bulanan. Konseling berhenti merokok, diet sehat, dan aktivitas fisik perlu menjadi bagian standar asuhan. Imunisasi (hepatitis B, influenza, pneumokok), kesehatan gigi, dan program skrining kanker perlu diperhatikan karena pasien sering tidak mengakses layanan preventif. Edukasi kepada keluarga tentang tanda-tanda relaps (tidur memburuk, menarik diri, curiga berlebihan) membantu deteksi dini dan menurunkan risiko rawat inap berulang.

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

3.2 Diagnosis Banding dan Pendalaman Kasus Klinis

Diagnosis Banding Organik vs. Psikiatri

Sebelum memastikan diagnosis gangguan psikotik primer, dokter harus menyingkirkan penyebab organik—prinsipnya adalah berpikir "delirium dan penyebab organik dulu". Delirium ditandai onset akut, fluktuatif, gangguan atensi dan kesadaran, biasanya dengan penyebab medik (infeksi, dehidrasi, gangguan elektrolit, sepsis, intoksikasi/withdrawal zat). Kondisi neurologis seperti ensefalitis herpes simpleks, epilepsi lobus temporalis, neoplasma otak, dan trauma kepala dapat meniru psikosis. Gangguan endokrin (tirotoksikosis, Cushing, Addison), metabolik (Wilson disease, porfiria), defisiensi B12/niasin, dan autoimmune encephalitis (anti-NMDA) wajib dipertimbangkan sesuai indikasi klinis. Pemeriksaan penunjang dasar (darah lengkap, elektrolit, fungsi hati/ginjal, glukosa, TSH, CT kepala bila ada tanda fokal) sangat penting sebelum merujuk.

Psikosis karena Zat

Intoksikasi kanabis dosis tinggi, metamfetamin, kokain, atau LSD dapat memicu gejala psikotik yang meniru skizofrenia. Biasanya gejala beresolusi dalam hitungan hari sampai minggu setelah abstinensia. Psikosis karena alkohol (termasuk alkoholik halusinosis dan delirium tremens dengan fitur psikotik) memerlukan tata laksana spesifik. Diagnosis diferensial dengan withdrawal zat, terutama benzodiazepin dan alkohol, perlu diingat.

Gangguan Mood dengan Ciri Psikotik

Pada gangguan bipolar episode manik atau depresi berat dengan ciri psikotik, terdapat gejala mood yang predominan dan biasanya delusi bersifat mood-congruent (waham kebesaran pada mania, waham dosa pada depresi). Sangat penting dikenali karena memerlukan mood stabilizer selain antipsikotik.

Contoh Kasus dan Pendekatan 3A

Seorang laki-laki 22 tahun dibawa keluarga karena bicara sendiri, marah-marah, dan menyalakan lampu rumah berulang. Dari PSM: afek tumpul, bicara tangensial, halusinasi auditorik (merasa ada suara yang memakinya), delusi kejar (meyakini tetangga sedang memata-matai), insight buruk. Tidak ditemukan gangguan kesadaran, tanda vital stabil, dan tidak ada riwayat penggunaan zat. Dokter 3A menegaskan diagnosis pendahuluan "gangguan psikotik akut," melakukan konsultasi dengan psikiater, memulai risperidon 2 mg malam hari, memantau efek samping, melakukan psikoedukasi keluarga tentang kepatuhan obat dan tanda bahaya, serta merujuk rawat jalan ke psikiater untuk tatalaksana definitif.

Kapan Merujuk Segera

Rujukan segera atau rawat inap diperlukan pada: bunuh diri/percobaan bunuh diri, agresivitas berat, katatonik, dehidrasi berat akibat menolak makan/minum, gejala psikotik pada kehamilan, suspek penyebab organik berat, atau kegagalan respons terhadap antipsikotik lini pertama dalam dosis adekuat selama 4–6 minggu. Dokter 3A berperan

sebagai gatekeeper sistem kesehatan jiwa—deteksi dini, tata laksana awal yang aman, dan rujukan tepat waktu menentukan outcome jangka panjang pasien.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa: Skizofrenia dan Gangguan Psikotik. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Kementerian Kesehatan RI (2018). <https://www.kemkes.go.id>
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. American Psychiatric Association Publishing (2020). <https://psychiatryonline.org/guidelines>
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Wolters Kluwer (2015). <https://shop.lww.com>
4. Maramis WF, Maramis A. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Airlangga University Press (2018).
5. Michael J Owen, Akira Sawa, Preben B Mortensen. Schizophrenia. The Lancet (2016). doi:10.1016/s0140-6736(15)01121-6
6. René S. Kahn, Iris E. Sommer, Robin M. Murray, Andreas Meyer-Lindenberg, Daniel R. Weinberger, Tyrone D. Cannon. Schizophrenia. Nature Reviews Disease Primers (2015). doi:10.1038/nrdp.2015.67
7. World Health Organization. Mental Disorders: Schizophrenia. WHO Fact Sheets (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

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.