

Gangguan Skizoafektif: Diagnosis dan Tata Laksana

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif gangguan skizoafektif untuk dokter layanan primer: epidemiologi, etiologi, patofisiologi, gejala, diagnosis banding, tatalaksana pendahuluan, dan kriteria rujukan ke spesialis kesehatan jiwa.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Gangguan Skizoafektif

1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi Gangguan Skizoafektif

Definisi

Gangguan skizoafektif adalah gangguan jiwa berat dengan episode gejala psikotik dan gejala mood (mania/depresi) yang terjadi bersamaan. Berbeda dari skizofrenia murni, selalu ada komponen afek prominen; berbeda dari gangguan mood dengan fitur psikotik, gejala psikotik juga muncul di luar periode mood.

Epidemiologi

Prevalensi 0,3–0,8% di populasi umum, 10–30% kasus psikotik rawat inap. Onset usia 18–35 tahun, perempuan sedikit lebih sering. Kekambuhan tinggi tanpa terapi adekuat.

Klasifikasi (DSM-5/ICD-11)

DSM-5 membagi menjadi tipe bipolar dan tipe depresif; ICD-11 mengkodekannya sebagai 6A21.

Implikasi untuk Dokter Layanan Primer

Deteksi dini gejala psikotik dengan afek signifikan mengarah pada gangguan skizoafektif, memengaruhi pemilihan terapi.

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

1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi

Etiologi Multifaktorial

Kombinasi kerentanan genetik, disregulasi neurokimia, dan stressor lingkungan. Riwayat keluarga skizofrenia/bipolar, komplikasi perinatal, ganja, dan stressor kronis meningkatkan risiko.

Faktor Genetik

Heritabilitas tinggi. GWAS menemukan varian risiko tumpang tindih antara skizofrenia (DISC1, NRG1, COMT) dan bipolar (CACNA1C, ANK3). Tidak ada gen tunggal dominan—efek poligenik kumulatif.

Patofisiologi

1. Hipotesis dopamin (mesolimbik/mesokortikal)
2. Disregulasi serotonin (terutama tipe depresif)
3. Disregulasi glutamat-GABA (hipofungsi NMDA)

Stresor Psikososial

Model diathesis-stress: stressor signifikan memicu episode pada individu rentan.

Catatan Klinis

Terapi multimodal: antipsikotik, mood stabilizer/antidepresan, dan psikososial.

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

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana

Pendahuluan

2.1 Manifestasi Klinis dan Kriteria Diagnosis

Manifestasi Klinis

Dua domain gejala: psikotik dan mood.

Gejala Psikotik

Positif: waham, halusinasi, gangguan proses pikir. Negatif: afek tumpul, alogia, anhedonia, avolition. Disorganisasi: katatonia, inkoherensi.

Gejala Mood

Tipe bipolar: euforia, flight of ideas, perilaku berisiko. Tipe depresif: sedih mendalam, anhedonia, pikiran bunuh diri.

Kriteria Diagnosis DSM-5

1. Episode mood bersamaan gejala kriteria A skizofrenia.
2. Gejala psikotik "e2 minggu tanpa mood (tetap relevan di DSM-5-TR).
3. Gejala mood hadir di sebagian besar durasi penyakit.
4. Bukan karena zat/kondisi medis.

Diagnosis Banding

Skizofrenia, bipolar dengan fitur psikotik, depresi mayor psikotik, delirium, penyalahgunaan zat, psikotik akibat kondisi medis.

Anamnesis dan Penunjang

Anamnesis pasien-keluarga, MSE, urin toxicology, neuroimaging bila ada tanda neurologis focal.

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

2.2 Tatalaksana Pendahuluan dan Indikasi Rujukan

Prinsip Umum

Pendekatan multimodal: farmakoterapi, psikososial, rehabilitasi. Dokter layanan primer berperan dalam deteksi dini, inisiasi terapi, monitoring, dan rujukan tepat ke Sp.KJ.

Farmakoterapi

- Antipsikotik atypical lini pertama: risperidon 2–6 mg, olanzapin 5–20 mg, kuetiapin 300–800 mg, aripiprazol 10–30 mg/hari.
- Mood stabilizer (tipe bipolar): litium 600–1200 mg, asam valproat 500–1500 mg, karbamazepin.

- Antidepresan (tipe depresif): SSRI seperti sertraline, hindari TCA, harus disertai antipsikotik.

Non-Farmakologi

Psikoedukasi, terapi suportif, hindari NAPZA, aktivitas terstruktur.

Indikasi Rujukan ke Sp.KJ

1. Diagnosis belum pasti atau komorbiditas kompleks.
2. Tidak ada respons setelah 4–6 minggu terapi adekuat.
3. Risiko bunuh diri atau menyakiti orang lain.
4. Manik dengan agitasi berat, status katatonik, efek samping berat.
5. Kehamilan atau kondisi medis kompleks.
6. Kebutuhan terapi jangka panjang (depot, clozapine refrakter).

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

Modul 3: Modul 3: Kasus Klinis dan Pendalaman

3.1 Studi Kasus dan Penerapan Algoritma Diagnosis

Skenario

Tn. A, 28 tahun, bicara sendiri, tertawa tanpa sebab, sulit tidur 2 minggu. Seminggu sebelum onset: hiperaktif, grandiositas, ambil keputusan bisnis gegabah. 3 bulan lalu: episode depresi. Tidak ada riwayat NAPZA.

Analisis Diagnosis

- Anamnesis: onset, gejala psikotik vs mood, riwayat keluarga, zat, trauma.
- MSE: penampilan tidak rapi, flight of ideas, waham kebesaran/kejar, halusinasi auditorik, insight buruk.
- Diagnosis: gangguan skizoafektif tipe bipolar.
- Diagnosis banding: bipolar dengan fitur psikotik, skizofrenia, penggunaan amfetamin/kanabis.

Tatalaksana Awal

1. Stabilisasi: tenangkan pasien, lingkungan tenang.
2. Olanzapin 10 mg malam hari.
3. Pertimbangkan asam valproat 500 mg setelah konsultasi Sp.KJ.
4. Monitor metabolik: TD, GDP, lipid.
5. Edukasi keluarga.

Rujukan

Segera ke Sp.KJ untuk rawat inap dan penilaian mood stabilizer definitif.

Pembelajaran

Eksplorasi paralel domain mood dan psikotik pada setiap pasien gangguan jiwa berat.

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

3.2 Komplikasi, Monitoring, dan Isu Khusus

Komplikasi Farmakoterapi

- Sindrom metabolik: olanzapin/klozapin/kuetiapin sebabkan BB naik, hiperglikemia, dislipidemia. Monitoring setiap 3 bulan tahun pertama.
- EPS: akut (dystonia, akathisia), kronik (tardive dyskinesia). Triheksifenidil 2–6 mg/hari.
- NMS: hipertermia, rigiditas, CK naik. Hentikan antipsikotik, rawat ICU, dantrolen/bromokriptin.

Komplikasi Psikososial

Isolasi sosial, pengangguran, pecah keluarga, stigma, risiko bunuh diri 15–20%.

Monitoring Jangka Panjang

Kepatuhan obat (pill count, depot), tanda kekambuhan dini, lab, EKG (QTc), tiroid (litium).

Isu Khusus

- Kehamilan: aripiprazol™—• , hindari litium trimester pertama.
- Komorbiditas: risiko diabetes, hipertensi, CVD; harapan hidup turun 10–20 tahun.
- Keluarga: libatkan sebagai partner, grup dukungan, hotline krisis.

Peran Dokter Layanan Primer

Monitoring rutin, skrining metabolik, dukungan kepatuhan, deteksi kekambuhan, koordinasi Sp.KJ. Layanan primer adalah ujung tombak berkelanjutan.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI). Panduan Praktik Klinis Gangguan Psikotik. PDSKJI (2018).
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 12th Edition. Wolters Kluwer (2022).
3. Maramis WF, Amin MM. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, Edisi 2. Airlangga University Press (2018).
4. Santesteban-Echarri O, et al.. Predictors of functional recovery in schizoaffective disorder. Journal of Affective Disorders (2017).
5. Malhi GS, et al.. Schizoaffective disorder: an overview. Lancet Psychiatry (2016).
6. World Health Organization. ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. WHO (2019).
7. Khan A, et al.. Management of schizoaffective disorder in primary care. American Family Physician (2015).
8. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, 3rd Edition. APA (2020).
9. Othman Z, et al.. Schizoaffective disorder: a review of clinical features, diagnosis and treatment. BJPsych Advances (2020).
10. Correll CU, et al.. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with schizophrenia and related psychotic disorders. World Psychiatry (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.