

Trikotilomania: Diagnosis dan Tatalaksana Awal

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tentang trikotilomania untuk level 3A SKDI: mencakup definisi, epidemiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, diagnosis banding, serta tatalaksana non-farmakologi dan farmakologi sesuai pedoman terkini.

Modul 1: Modul 1: Pendahuluan dan Dasar Trikotilomania

1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi

Trikotilomania adalah gangguan psikiatri yang ditandai oleh dorongan berulang untuk mencabut rambut dari tubuh sendiri, sehingga menimbulkan kerontokan nyata. Berdasarkan DSM-5, trikotilomania termasuk dalam kelompok Obsessive-Compulsive and Related Disorders, sedangkan PPDGJ III menempatkannya di bawah F63.3 sebagai gangguan kebiasaan dan dorongan impuls. Dua kriteria diagnostik utama yang harus dipenuhi adalah pencabutan rambut berulang yang mengakibatkan kebotakan, disertai upaya berulang untuk mengurangi perilaku tersebut.

Prevalensi trikotilomania di populasi umum berkisar 1-3%, dengan puncak onset pada usia 10-13 tahun untuk bentuk onset dini dan rentang usia 18-29 tahun untuk onset dewasa. Perempuan lebih sering terkena dengan rasio 4:1 hingga 10:1 terhadap laki-laki pada populasi klinis dewasa. Pada anak-anak dengan onset sebelum pubertas, distribusi jenis kelamin cenderung lebih seimbang. Studi komunitas menunjukkan masa hidup pasien yang mencari bantuan profesional hanya sekitar 30-40%, karena kebanyakan individu merasa malu.

Gangguan ini dapat berupa terfokus (pencabutan di area tertentu seperti kulit kepala atau alis) atau otomatis (tanpa kesadaran penuh, misalnya saat menonton televisi). Tipe campuran paling sering dijumpai. Perjalanan penyakit umumnya kronis dan fluktuatif.

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

1.2 Etiologi dan Patofisiologi

Etiologi trikotilomania bersifat multifaktor dan belum dipahami secara sepenuhnya. Faktor genetik berperan penting dengan heritabilitas mencapai 50-80% berdasarkan studi kembar. Riwayat keluarga dengan gangguan obsesif-kompulsif (OCD), gangguan ansietas, atau trikotilomania sendiri meningkatkan risiko. Faktor lingkungan seperti stres, tekanan akademik, dan peristiwa kehidupan negatif sering menjadi pencetus atau pemicu eksaserbasi.

Secara neurobiologis, trikotilomania dikaitkan dengan disregulasi neurotransmisi dopaminergik di jalur mesokortikolimbik. Penurunan aktivitas di korteks prefrontal dorsolateral dan korteks singulata anterior menyebabkan defisit dalam kontrol inhibisi, sementara hiperaktivitas striatum ventral berkontribusi terhadap dorongan untuk mencabut rambut. Polimorfisme reseptor dopamin D2 (DRD2) dan transporter dopamin (DAT1) dilaporkan terkait kerentanan. Sistem serotonergik juga terlibat.

Model kognitif-perilaku menjelaskan siklus: pencetus (emosi negatif, kebosanan, atau rangsangan sensorik), dorongan, perilaku pencabutan, dan rasa lega sesaat yang mempertahankan perilaku melalui penguatan negatif. Regulasi emosi yang buruk dan alexithymia berperan sebagai faktor predisposisi.

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

1.3 Faktor Risiko dan Komorbiditas

Faktor risiko trikotilomania dapat dikategorikan menjadi predisposisi, presipitasi, dan perpetuasi. Faktor predisposisi meliputi jenis kelamin perempuan, riwayat keluarga gangguan obsesif-kompulsif atau kontrol impuls, serta temperamen cemas dan perfeksionis. Riwayat trauma masa kecil dan adverse childhood experiences (ACEs) juga merupakan faktor risiko signifikan, terutama pada onset dewasa. Pada anak-anak, kejadian pencabutan rambut oleh anggota keluarga lain dapat menjadi modeling perilaku.

Komorbiditas pada trikotilomania sangat tinggi, mencapai 75-90% pada populasi klinis. Gangguan yang paling sering menyertai meliputi: gangguan ansietas (terutama generalized anxiety disorder dan social phobia), gangguan depresi mayor, OCD, dan body dysmorphic disorder. Gangguan kontrol impuls lain seperti skin picking dan nail biting juga sering ditemukan bersamaan. Pada populasi anak-anak, ADHD dan gangguan perilaku lebih sering dilaporkan.

Dampak psikososial yang signifikan mencakup rendahnya harga diri, isolasi sosial, serta keterbatasan dalam relasi interpersonal. Banyak pasien menutupi area kebotakan dengan rambut palsu atau syal. Deteksi dini melalui skrining pada populasi berisiko berperan penting dalam mencegah kronisitas.

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

Modul 2: Modul 2: Manifestasi Klinis dan Diagnosis

2.1 Manifestasi Klinis dan Variasi Usia

Manifestasi klinis utama trikotilomania adalah pencabutan rambut berulang dari berbagai area tubuh, paling sering dari kulit kepala (80%), alis (50%), bulu mata (30%), dan area pubis atau wajah. Pasien umumnya melaporkan adanya dorongan pendahuluan, yaitu sensasi tegang atau tidak nyaman sebelum pencabutan, yang berkurang setelah perilaku dilakukan. Pencabutan sering dilakukan dengan jari atau pinset.

Perilaku pencabutan dapat berupa terfokus dengan kesadaran penuh atau otomatis yang terjadi tanpa disadari, terutama saat aktivitas ringan. Pasien sering melakukan ritual tambahan seperti menyentuh, memutar, atau menggigit rambut yang dicabut (trikofagia). Komplikasi berupa trikobezoar (bola rambut di saluran cerna) perlu diwaspadai jika trikofagia berlangsung kronis.

Pada anak-anak, trikotilomania sering terjadi bersamaan dengan kebiasaan lain seperti mengisap jempol, dan distribusi gender lebih seimbang. Onset prapubertas memiliki prognosis lebih baik dengan remisi spontan sering terjadi. Pada remaja dan dewasa muda, gejala lebih kronis dengan komorbiditas lebih banyak.

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

2.2 Diagnosis dan Diagnosis Banding

Diagnosis trikotilomania ditegakkan melalui evaluasi klinis berdasarkan kriteria DSM-5 atau PPDGJ III. Kriteria tersebut meliputi: pencabutan rambut berulang yang menyebabkan kerontokan; upaya berulang untuk mengurangi perilaku; distress signifikan atau gangguan fungsi sosial, okupasional; serta tidak disebabkan oleh kondisi medis lain atau zat psikoaktif. Anamnesis mendalam tentang onset, frekuensi, pencetus, dan dampak fungsional sangat penting.

Instrumen yang dapat digunakan: Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGH-HPS), Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania (MIST), dan Psychiatric Institute Trichotillomania Scale (PITS). Skrining komorbiditas menggunakan GAD-7, PHQ-9, dan Y-BOCS juga diindikasikan.

Diagnosis banding utama: alopesia areata (autoimun, tanpa jaringan parut, uji tarikan positif), tinea kapitis (dengan skuama), dermatitis kontak, dan efek samping obat. Perlu dieksklusi dermatitis artefakta, OCD dengan predominansi obsesi tentang rambut, dan body dysmorphic disorder. Pemeriksaan penunjang meliputi dermoskopi, darah rutin, dan panel dermatologis pada kasus meragukan.

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

2.3 Pemeriksaan Dermatologis dan Penilaian Keparahan

Evaluasi dermatologis penting pada pasien dengan dugaan trikotilomania. Pemeriksaan trikoskopik dapat membedakan trikotilomania dari alopesia areata. Temuan trikoskopik khas meliputi: rambut putus pada panjang berbeda-beda, V-sign (dua rambut patah pada lokasi sama), rambut melingkar, trikoftilosis (ujung rambut terbelah), dan tidak ada dot hitam atau exclamation mark hair yang merupakan temuan khas alopesia areata. Temuan folikel kosong dan hiperpigmentasi perifolikel juga sering ditemukan pada kasus kronis.

Penilaian keparahan menggunakan MGH-HPS (skor 0-28) untuk menilai dorongan, perilaku aktual, dan dampak emosional. National Institute of Mental Health Trichotillomania Severity Scale (NIMH-TSS) menilai frekuensi, kontrol, dan distress. Skala singkat dapat digunakan untuk skrining di layanan primer.

Evaluasi komorbiditas penting karena memengaruhi rencana tata laksana. Skrining untuk depresi (PHQ-9), ansietas (GAD-7), dan OCD (Y-BOCS) merupakan praktik klinis baik. Pemeriksaan laboratorium dasar meliputi darah lengkap, feritin, TSH, dan vitamin D.

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

Modul 3: Modul 3: Tatalaksana dan Pendalaman Klinis

3.1 Tatalaksana Non-Farmakologi (Habit Reversal Training)

Tatalaksana non-farmakologi merupakan lini pertama pada trikotilomania dengan bukti efikasi kuat. Habit Reversal Training (HRT) adalah intervensi perilaku dengan bukti paling kuat dan direkomendasikan oleh berbagai pedoman internasional sebagai terapi pilihan. HRT terdiri dari empat komponen: awareness training (meningkatkan kesadaran terhadap pencetus dan perilaku), competing response training (mengganti perilaku pencabutan dengan respons alternatif seperti mengepalkan tangan selama 1-2 menit), stimulus control (memodifikasi lingkungan), dan dukungan sosial.

Terapi perilaku kognitif yang dimodifikasi untuk trikotilomania (CBT-TTM) menggabungkan HRT dengan restrukturisasi kognitif dan psikoedukasi. Format terapi bervariasi dari sesi individual mingguan selama 8-16 minggu hingga terapi kelompok. Penambahan komponen acceptance and commitment therapy memberikan hasil lebih baik pada pasien dengan defisit regulasi emosi.

Pada anak-anak, parent management training direkomendasikan dengan melibatkan orang tua dalam modifikasi lingkungan. Aplikasi mobile untuk pemantauan mandiri dan program swadaya berbasis internet menunjukkan efektivitas moderat pada kasus ringan-sedang. Meta-analisis menunjukkan ukuran efek besar untuk HRT (Cohen's d 1,0-1,5) dengan respons 50-70% pasien.

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

3.2 Tatalaksana Farmakologi

Tatalaksana farmakologi didasarkan pada bukti yang berkembang, meskipun belum ada obat yang disetujui spesifik oleh FDA atau BPOM untuk trikotilomania. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) merupakan lini pertama berdasarkan alasan teoritis dan pengalaman klinis. Fluoxetine 20-80 mg/hari, sertraline 50-200 mg/hari, dan escitalopram 10-20 mg/hari adalah pilihan yang sering digunakan. Onset kerja memerlukan 8-12 minggu, dosis disesuaikan dengan respons klinis dan toleransi.

Clomipramine 50-250 mg/hari menunjukkan efikasi pada beberapa uji klinis, namun penggunaannya dibatasi oleh efek samping antikolinergik dan risiko kardiovaskular. Olanzapine 2,5-10 mg/hari bermanfaat pada kasus refrakter dengan monitor efek metabolik.

Suplementasi N-acetylcysteine (NAC) 1200-2400 mg/hari menunjukkan hasil menjanjikan pada penelitian kecil dan dapat dipertimbangkan sebagai terapi tambahan. Catatan: bukti

untuk sulfasalazine pada trikotilomania sangat terbatas dan tidak direkomendasikan pada layanan primer.

Pemilihan regimen harus mempertimbangkan komorbiditas, efek samping, dan preferensi pasien. Kombinasi dengan psikoterapi HRT memberikan hasil lebih baik dibanding modalitas tunggal.

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

3.3 Komplikasi, Prognosis, dan Kapan Merujuk

Trikotilomania tanpa tata laksana memadai dapat menimbulkan berbagai komplikasi medis. Trikobezoar atau Rapunzel syndrome adalah akumulasi bola rambut di saluran cerna yang menyebabkan obstruksi, perdarahan, atau perforasi. Komplikasi dermatologis berupa infeksi sekunder, alopesia permanen dengan jaringan parut, dan diskromia kulit kepala juga dapat terjadi.

Komplikasi psikososial signifikan mencakup: penurunan harga diri, depresi, isolasi sosial, keterbatasan aktivitas, serta risiko bunuh diri pada kasus dengan komorbiditas depresi mayor. Dampak ekonomi berupa biaya berulang untuk rambut palsu dan prosedur kosmetik menambah beban pasien.

Prognosis bervariasi tergantung onset usia, keparahan, dan komorbiditas. Onset sebelum pubertas memiliki prognosis lebih baik dengan tingkat remisi spontan 30-50%. Faktor prognostik buruk meliputi onset lambat, riwayat kronis, komorbiditas berat, dan kepatuhan terapi rendah.

Indikasi rujukan dari layanan primer (level 3A): (1) kegagalan tata laksana non-farmakologi awal setelah 4-8 minggu; (2) gejala berat dengan komorbiditas psikiatri mayor; (3) dugaan trikobezoar; (4) kebutuhan kombinasi farmakoterapi dan psikoterapi; (5) risiko mencederai diri sendiri. Dokter umum dapat memulai HRT dan psikoedukasi pada kasus ringan tanpa komorbiditas berat.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing (2013).
2. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). WHO (2019).
3. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania: A model for the psychopathology of impulse control and obsessive-compulsive disorders. *Psychiatric Clinics of North America* (2018).
4. Marlborough M, Choudhry F, Davey M. Trichotillomania: a comprehensive review. *British Journal of Medical Practitioners* (2019).
5. Jaffer ANY, Faragher K, Dommett JE. Psychological treatments for trichotillomania: a systematic review. *Frontiers in Psychology* (2019).
6. National Institute for Health and Care Excellence. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. NICE Guideline (2020).
7. Rathbun KM, Smith KA. Pharmacotherapy for trichotillomania: a systematic review. *Journal of Clinical Psychopharmacology* (2020).
8. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 12th Edition. Wolters Kluwer (2021).

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.