

Judul: **Skizofrenia**

Prof. Jayalangkara tanra, (neuropsikiatri)

Alokasi waktu: 3 x 50 menit

Tujuan Instruksional Umum (TIU):

Mampu melakukan diagnosa dan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas pada gangguan skizofrenia pada pasien dewasa

Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Mampu mengenal dan mengetahui tanda, gejala dan pemeriksaan status mental yang menunjang dalam mendiagnosa pasien dengan gangguan skizofrenia

Materi:

Pendahuluan

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang mencakup hampir seluruh sendi kehidupan diantaranya pikiran, perasaan, perbuatan, persepsi, keinginan, dorongan kehendak dan pengendalian. Onset gangguan ini sulit untuk ditentukan dan biasanya didahului oleh fase gejala ringan yang tidak konsisten yang sering kali tidak disadari baik oleh pasien maupun keluarga (fase prodromal). Gejala skizofrenia menunjukkan sifat yang meluas dan majemuk dan perjalanan penyakitnya bersifat kronis dengan deteriorasi yang bergantung dari beratnya gejala, genetik, fisik, maupun sosial budaya. Prevalensi gangguan skizofrenia berkisar 1% dari populasi dan umumnya gejala mulai pada usia muda (antara 16 – 25 tahun). Dalam perjalanan penyakitnya, pasien dapat mengalami keadaan yang tetap tanpa atau hanya sedikit perbaikan; episode berulang dengan sedikit atau gejala yang stabil; hingga bahkan mengalami fase komlit atau remisi parsial.

Sejarah

Gangguan ini pertama kali diamati oleh Emil Kraepelin yang memperhatikan perjalanan penyakit dengan deteriorasi kronis serupa pada penyakit demensia, namun berkembang pada usia muda, dan tidak diikuti oleh adanya penemuan gangguan organik di otak yang terdeteksi pada saat itu, sehingga dinamakan sebagai Dementia praecox. Kemudian pada tahun 1911, Eugen Bleuler menemukan adanya perbedaan mendasar antara gangguan ini dengan demensia sehingga kemudian mengubah istilah dementia praecox yang dianggap kurang sesuai menjadi skizofrenia (jiwa / kepribadian yang terpecah). Bleuler juga kemudian mengembangkan 4 faktor fundamental dalam menegakkan diagnose skizofreni, yang terangkum dalam konsep 4A (affect blunting, disturbance of association, autism, and ambivalence). Kemudian Kurt Schneider mengembangkan peran dari gejala positif seperti halusinasi, delusi, dan membuat hirarki “the first rank symptoms of schizophrenia” yang hingga saat ini masih digunakan sebagai pedoman dalam menegakkan diagnosa, termasuk dalam PPDGJ III (kriteria gejala satu).

Genetik dan etiologi

Kebanyakan gangguan psikiatrik bersifat multifactorial dimana terdapat interkasi antara faktor genetik dan eksternal yang mengakibatkan timbulnya gangguan. Adapun pada skizofrenia, faktor genetik berperan sekitar 1% pada normal populasi, meningkat sekitar 5.6% pada riwayat orang tua dengan

skizofrenia, berkisar 10.1% pada saudara, dan 12.8% pada anak. Etiologi yang pasti hingga saat ini belum diketahui. Adanya peran dari faktor internal (genetik, masa kehamilan, dan biokemikal) serta faktor eksternal (trauma, infeksi, maupun stress).

Hipotesa klasik yang paling terkenal adalah berdasarkan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter yang terjadi di otak. Hal ini didasarkan pada:

1. Efek obat antipsikotik yang memiliki kemampuan untuk memblokir sistem dopaminergik di otak
2. Obat-obat yang diketahui berperan dalam pelepasan dopamin (metafetamin, meskalin, LSD) dapat menyebabkan keadaan yang mirip dengan keadaan skizofrenia.
3. Teori dopamin klasik dari skizofrenia: gejala psikotik berkaitan dengan hiperaktivitas dari sistem dopaminergik di otak. Hiperaktivitas ini sebagai akibat dari peningkatan sensitivitas dan densitas dari reseptor dopamin D2 di beberapa bagian di otak.

Saat ini, teori tersebut telah berkembang meliputi beragam sistem neurotransmitter yang juga berperan dalam etiologi skizofrenia, diantaranya neurotransmitter serotonin, norepinefrin, glutamate, dan beberapa sistem peptida.

Sementara faktor psikososial yang dapat berperan diantaranya adanya ekspresi emosi yang meluap, stressor dalam kehidupan, kelas ekonomi bawah, serta kurangnya jaringan sosial. Tipe personaliti juga memiliki peran dimana orang dengan ciri kepribadian skizoid lebih rentan untuk berkembang menjadi gangguan skizofrenia.

Diagnosa

Penegakan diagnosa skizofrenia didasarkan pada pedoman penggolongan diagnosa gangguan jiwa (PPDGJ III) yang dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) :
 - a) *Thought echo*: isi pikiran dirinyasendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) , dan isi pikiran ulangan, walaupun isi sama, namun kualitasnya berbeda; atau
Thought insertion or withdrawal: isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (withdrawal); dan
Thought broadcasting: isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;
 - b) *Delusion of control*: waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau
Delusion of influence: waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau
Delusion of passivity: waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan tertentu dari luar; (tentang "dirinya" = secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh atau anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus);
Delusional perception: pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna, sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;

- c) Halusinasi auditorik: Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau- mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau- jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
 - d) Waham – waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).
2. Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas :
- e) Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
 - f) Arus pikiran yang terputus (break) atau yang mengalami sisipan (interpolation) yang berakibat inkoherensia atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme
 - g) Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah (excitement), posisi tubuh tertentu (posturing) atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
 - h) Gejala negatif seperti sikap apatis, bicara yang jarang dan respons emosional yang menumpul tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neureptika.
3. Adapun gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal);
4. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

Setelah menegakkan diagnosa skizofrenia, maka dapat dilanjutkan dengan mengelompokkan pasien ke dalam sub-kelompok tipe skizofrenia, yang terjabarkan sebagai berikut:

1. Skizofrenia paranoid
 - Paling sering ditemukan
 - Memenuhi kriteria pedoman diagnostik umum
 - Halusinasi dan / atau waham harus menonjol:
 - a. Suara yang mengancam / memerintah, bunyi pluit, mendengung, atau tawa
 - b. Pembauan / pengecap rasa, perabaan yang bersifat seksual, jarang visual
 - c. Waham hampirt iap jenis, tetapi yang paling khas adalah dikendalikan, dipengaruhi, passivity, dan dikejar-kejar.

2. Skizofrenia hebefrenik

- Onset umumnya pada usia yang lebih muda
- Memenuhi kriteria pedoman diagnostik umum
- Diagnostik pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun)
- Kepribadian premorbid dengan ciri khas pemalu dan senang menyendiri
- Untuk diagnosa diperlukan pengamatan kontinu selama 2-3 bulan
 - a. Mannerisme, cenderung menyendiri, hampa tujuan / perasaan
 - b. Afek yang dangkal dan tidak wajar, cekikikan, rasa puas diri, senyum sendiri, tawa menyeringai, ungkapan kata yang diulang-ulang
 - c. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan yang tidak menentu, inkoherensi
- Dorongan kehendak hilang, tidak ada minat, kadang ingin berbuat sesuatu tetapi segera ditinggalkan, preokupasi yang dangkal dengan tema yang aneh dan sulit untuk memahami jalan pikiran yang bersangkutan.

3. Skizofrenia katatonik

- Yang menonjol adalah gambaran psikomotor pasien berupa hiperkineses, stupor, otomatisme, maupun negativisme
- Memenuhi kriteria pedoman diagnostik umum
- Terdapat lebih dari satu perilaku yang mendominasi gambaran klinisnya:
 - a. Stupor atau mutisme
 - b. Gaduh gelisah
 - c. Posturing (tidak wajar dan aneh)
 - d. Negativisme
 - e. Rigiditas
 - f. Fleksibilitas cerea
 - g. Gejala lain: command automatism, verbigerasi, ekolali, maupun ekopraksi

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien skizofrenia dapat meliputi pemberian farmakoterapi dan juga psikoterapi. Perawatan inap mungkin diperlukan apabila pasien mengalami agitasi berat atau beresiko untuk melukai diri sendiri maupun orang lain. Perawatan inap ini juga berguna untuk mencegah kemungkinan resiko bunuh diri yang berkisar 10% pada pasien dengan skizofrenia.

Penatalaksanaan farmakoterapi dengan pemberian obat antipsikotik dapat dibedakan dalam dua bagian besar: obat antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal. Antipsikotik tipikal merupakan obat generasi lama dengan property yang lebih fokus pada penghambatan ambilan kembali neurotransmitter dopamin. Sementara obat antipsikotik atipikal merupakan generasi baru dengan fokus bukan hanya pada neurotransmitter dopamin saja, namun juga pada yang lainnya seperti serotonin, norepinefrin, dan

lainnya. Menurut consensus terbaru, pemberian obat antipsikotik atipikal merupakan lini pertama dalam penatalaksanaan farmakoterapi pada pasien skizofrenia.

Yang termasuk dalam obat antipsikotik tipikal diantaranya: chlorpromazine, levopromazine, thioridazine, droperidole, fluphenazine, haloperidol, perphenazine, pimozide, trifluoperazine. Sedangkan yang termasuk dalam golongan antipsikotik atipikal: amisulpiride, clozapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, sertindole, sulpiride.

Efek samping yang seringkali timbul pada pemberian obat antipsikotik tipikal:

- Disotinia akut
- Parkinsonisme
- Akathisia
- Tardive dyskinesia
- Sedasi, hipotensi orthostatis, pemanjangan QT, antikolinergik, penurunan ambang kejang, peningkatan prolaktin

Efek samping dari obat antipsikotik atipikal:

- Sedasi
- Hiperglikemia
- Efek antikolinergik
- Pemanjangan kurva QT
- Kadang EPS
- Peningkatan kadar lipid

Adapun psikoterapi yang dapat diberikan pada pasien skizofrenia diantaranya:

- Edukasi pasien dan keluarga
- Penurunan ekspresi emosional yang berlebihan
- Terapi kognitif dan perilaku
- Rehabilitasi
- Terapi kerja

Prognosis

Sekitar 22% pasien yang mendapatkan terapi farmakologi maupun psikoterapi yang adekuat mengalami episode tunggal dan tanpa gejala sisa. Sekitar 35% mengalami episode rekuren tanpa gejala sisa, 8% mengalami episode rekuren dengan kerusakan non pprogresif yang signifikan, serta sekitar 35% mengalami episode rekuren dengan kerusakan signifikan yang progresif.

Prognosis yang baik biasanya dikaitkan dengan beberapa hal, diantaranya:

- Perempuan
- Onset pada usia dewasa atau lebih tua
- Menikah
- Menetap pada negara maju
- Kepribadian premorbid yang baik
- Tidak ada riwayat gangguan jiwa sebelumnya
- Riwayat pendidikan dan pekerjaan yang baik
- Onset akut, gejala afektif, dan patuh pada pengobatan