

Gangguan Psikotik Akut Dan Gangguan Skizoafektif

Mila Astari Harahap

Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa, RSU Cut Meutia, Aceh Utara, 24412

Desy Dita Nelvia

Mahasiswa Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

Korespondensi penulis: desysyila25@gmail.com

Abstract: *Acute psychotic disorder is a mental disorder characterized by the onset of one or more symptoms, among which the symptoms are delusions, hallucinations, bizarre postures and behavior, and disorganized speech. The diagnosis of acute psychotic disorder was established based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) criteria. It is generally considered rare, as one study of military recruits found in which the estimated DSM-III-R incidence of brief reactive psychosis was 1.4 per 100,000 recruits. Schizoaffective is a mental disorder characterized by two recurrent features, namely schizophrenia (meets criterion A for schizophrenia) and mood episodes, both major depression and bipolar. Schizoaffective disorder, occurs in 0.2% of the general population in America, 9% of people with schizoaffective hospitalization.*

Keywords: *Acute Psychotic, Schizoaffective, Disorder*

Abstrak: Gangguan psikotik akut merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan mulai munculnya satu gejala atau lebih diantara gejala yang muncul adalah delusi, halusinasi, postur dan perilaku bizarre serta bicara yang kacau. Diagnosis gangguan psikotik akut ditegakkan berdasarkan kriteria Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5). Pada umumnya gangguan ini dianggap jarang, seperti yang dikatakan oleh satu penelitian tentang perekrutan militer di mana insidensi psikosis reaktif singkat DSM-III-R diperkirakan adalah 1,4 per 100.000 yang direkrut. Skizoafektif adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan dua gambaran yang berulang yaitu gambaran gangguan skizofrenia (memenuhi kriteria A skizofrenia) dan episod mood baik depresimayor maupun bipolar. Gangguan skizoafektif, terjadi pada 0,2 % dari populasi umum di Amerika, 9% dari penderita skizoafektif dirawat di Rumah Sakit.

Kata Kunci: psikotik Akut, Skizoafektif, Gangguan

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa adalah suatu bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan atau bagian integral dan merupakan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Menurut UU No.18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah seseorang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan, dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (Undang-undang Kesehatan Jiwa 2014) (1). Pada Era Globalisasi dan persaingan bebas ini kecenderungan terhadap peningkatan gangguan jiwa semakin besar, hal ini disebabkan karena stresor dalam kehidupan semakin kompleks. Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seperti kehilangan orang yang dicintai, putusnya hubungan social pengangguran, masalah dalam pernikahan, kesulitan ekonomi, tekanan di pekerjaan dan diskriminasi meningkatkan resiko penderita gangguan jiwa (2).

Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO, 2015) sekitar 450 juta orang di dunia menderita gangguan jiwa. WHO menyatakan ada satu dari empat orang didunia

menderita masalah mental dan menyebutkan bahwa gangguan jiwa merupakan masalah yang serius (3). Sedangkan Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2013 menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat adalah 1,7% dan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia >15 tahun menunjukkan angka 6%. Riset Kesehatan dasar pada tahun 2018 menunjukkan gangguan jiwa berat sebesar 7% dan gangguan mental emosional pada usia >15 tahun menunjukkan angka 9.8% (4).

Gangguan psikotik akut merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan mulai munculnya satu gejala atau lebih di antara gejala yang muncul adalah delusi, halusinasi, postur dan perilaku bizarre serta bicara yang kacau. Diagnosis gangguan psikotik akut ditegakkan berdasarkan kriteria Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5). Sedangkan skizoafektif merupakan gangguan yang memiliki ciri skizofrenia dan gangguan afektif atau mood (5). Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana atau mood disorder seperti depresi, manik, atau episode campuran (6).

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka dilakukan penulisan referat yang dengan tujuan untuk mengetahui dan memahami mengenai “Gangguan Psikotik Akut dan Gangguan Skizoafektif”.

PEMBAHASAN

Gangguan Psikotik Akut

Defenisi

Gangguan psikotik akut merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan mulai munculnya satu gejala atau lebih di antara gejala yang muncul adalah delusi, halusinasi, postur dan perilaku bizarre serta bicara yang kacau. Gangguan Psikotik Akut adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan ketidakmampuan individu menilai kenyataan yang terjadi, misalnya terdapat halusinasi, waham atau perilaku kacau/aneh. Gangguan psikotik akut dapat menjadi gejala awal dari penyakit jiwa yang lebih berat seperti skizofrenia (5).

Epidemiologi

Beberapa penelitian yang telah dilakukan tentang epidemiologi diagnosis psikosis reaktif singkat DSM edisi ketiga yang direvisi (DSM-III-R), dan belum ada yang dilakukan dengan menggunakan kriteria DSM-IV (7,8). Dengan demikian, perkiraan yang dapat dipercaya tentang insidensi, prevalensi, rasio jenis kelamin, dan usia onset rata-rata untuk gangguan tidak terdapat. Pada umumnya gangguan ini dianggap jarang, seperti yang dikatakan

oleh satu penelitian tentang perekrutan militer di mana insidensi psikosis reaktif singkat DSM-III-R diperkirakan adalah 1,4 per 100.000 yang direkrut (7,8).

Beberapa klinisi menyatakan bahwa gangguan mungkin paling sering ditemukan pada pasien dari kelas sosioekonomi rendah dan pada pasien dengan gangguan kepribadian yang telah ada sebelumnya (paling sering adalah gangguan kepribadian histrionik, narsistik, paranoid, skizotipal, dan ambang). Orang yang pernah mengalami perubahan kultural yang besar (sebagai contoh, imigran) mungkin juga berada dalam risiko untuk menderita gangguan setelah stresor psikososial selanjutnya. Tetapi, kesan tersebut belum dibuktikan benar didalam penelitian klinis yang terkontrol baik (7,8)

Etiologi

Pasien dengan gangguan psikotik akut yang pernah memiliki gangguan kepribadian mungkin memiliki kerentanan biologis atau psikologis ke arah perkembangan gejala psikotik. Walaupun pasien dengan perkembangan psikotik akut sebagai suatu kelompok mungkin tidak memiliki peninggian insidensi skizofren didalam keluarganya, beberapa data menyatakan bahwa adanya suatu peninggian insidensi gangguan mood. Perumusan psikodinamika telah menyadari

adanya mekanisme menghadapi (coping mechanism) yang tidak adekuat dan kemungkinan adanya tujuan sekunder pada pasien dengan gejala psikotik. Teori psikodinamik tambahan menyatakan bahwa gejala psikotik adalah suatu pertahanan terhadap fantasi yang dilarang, pemenuhan harapan yang tidak tercapai, atau suatu pelepasan dari situasi psikososial tertentu (7).

Patofisiologi

Patofisiologi secara pasti dari psikosis masih belum diketahui. Stressor pencetus yang paling jelas adalah peristiwa kehidupan yang besar yang dapat menyebabkan kemarahan emosional yang bermakna pada tiap orang. Contoh peristiwa adalah kematian anggota keluarga dekat dan kecelakaan kendaraan yang berat. Klinisi lain berpendapat bahwa stressor mungkin merupakan urutan peristiwa yang menimbulkan stress sedang, bukannya peristiwa tunggal yang menimbulkan stress dengan jelas.

Diagnosis

Diagnosis DSM-V mempunyai alur diagnosis untuk gangguan psikotik, yang didasarkan terutama pada lamanya gejala. Gejala psikotik yang berlangsung sekurangnya 1 hari tetapi kurang dari 1 bulan dan tidak disertai dengan satu gangguan mood, gangguan yang berkaitan dengan zat, atau suatu gangguan psikotik karena kondisi medis umum, diagnosis gangguan psikotik singkat kemungkinan merupakan diagnosis yang tepat (7,8). Kriteria diagnostik untuk gangguan psikotik singkat menurut DSM-V (9);

- Ada satu (atau lebih) gejala berikut;
 - Waham
 - Halusinasi
 - Bicara berdisorganisasi (misal; sering menyimpang atau inkoherensi)
 - Prilaku terdisorganisasi jelas atau katatonik

Catatan; jangan memasukkan gejala jika merupakan pola respons yang diterima secara kultural

- Lama suatu episode gangguan adalah sekurangnya satu hari tetapi kurang dari satu bulan, akhirnya kembali penuh kepada tingkat fungsi pramorbit.
- Gangguan tidak lebih baik diterangkan oleh suatu gangguan mood dengan ciri psikotik, gangguan skizoafektif atau skizofrenia dan bukan karena efek fisiologis langsung dari suatu zat (misalnya, obat yang disalahgunakan, suatu medikasi) atau kondisi medis umum.

Sebutkan jika;

Dengan stressor nyata (psikosis reaktif singkat) : jika gejala terjadi segera setelah dan tampak sebagai respons dari suatu kejadian yang sendiri atau bersama-sama, akan menimbulkan stres yang cukup besar bagi hampir setiap orang dalam keadaan yang sama dalam kultur orang tersebut.

Tanpa stressor nyata; jika gejala psikotik tidak terjadi segera setelah, atau tampaknya bukan sebagai respon terhadap kejadian yang sendirinya atau bersama-sama akan menimbulkan stress yang cukup besar bagi hampir setiap orang dalam keadaan yang sama dalam kultur orang tersebut.

Dengan onset pascapersalinan; jika onset dalam waktu 4 minggu setelah persalinan.

Diagnosis Banding

Klinisi tidak boleh menganggap bahwa diagnosis yang tepat untuk pasien yang psikotik akut adalah gangguan psikotik akut, bahkan jika faktor psikososial pencetus yang jelas ditemukan. Faktor tersebut dapat semata-mata terjadi bersama-sama. Diagnosis lain yang dipertimbangkan di dalam diagnosis banding adalah gangguan buatan (*factitious disorder*) dengan tanda dan gejala psikologis yang menonjol, berpura-pura (*malingering*), gangguan psikotik karena kondisi medis umum, dan gangguan psikotik akibat zat. Seorang pasien mungkin tidak mau mengakui penggunaan zat gelap, dengan demikian membuat pemeriksaan intoksikasi zat atau putus zat sulit tanpa menggunakan tes laboratorium. Pasien dengan epilepsi atau delirium dapat juga datang dengan gejala psikotik yang dengan ditemukan pada gangguan psikotik akut. Gangguan psikiatrik tambahan yang harus dipertimbangkan di dalam diagnosis banding adalah gangguan identitas disosiatif dan episode psikotik yang disertai dengan gangguan kepribadian ambang dan skizotipal (7).

Tatalaksana

Gejala psikotik akut membutuhkan terapi segera yang bertujuan meringankan gejala psikotik berat. Pasien dengan gejala psikotik akut umumnya menunjukkan gejala agitasi berat, keinginan menyakiti orang sekitar, bahkan bunuh diri. Antipsikotik dan benzodiazepin dapat menjadi pilihan terapi bagi klinisi. Rute pemberian antipsikotik sebaiknya diberikan secara oral, namun dalam fase akut dapat juga diberikan secara intramuskular. Antipsikotik terbagi atas antipsikotik generasi pertama (antipsikotik tipikal) dan antipsikotik generasi kedua (antipsikotik atipikal). Yang termasuk golongan obat antipsikotik generasi satu yaitu klorpromazin, haloperidol, perfenazin, dan trifluoperazin. Sementara golongan obat antipsikotik generasi kedua yaitu aripiprazole, risperidone, paliperidone, quetiapine, klozapin, olanzapin (11).

Saat ini, pemberian antipsikotik atipikal lebih dianjurkan daripada antipsikotik tipikal karena efek samping gangguan ekstrapiramidal yang lebih minimal (11). Berikut rekomendasi jenis antipsikotik yang dianjurkan pada praktik klinis non-spesialis berdasarkan mhGAP Intervention Guide version 2.0 yang dipublikasikan oleh WHO.

Tabel 1 Dosis, Efek samping dan Kontraindikasi

Nama Obat	Dosis	Efek Samping	Kontraindikasi/Perhatian
Haloperidol	Inisiasi: 1,5-3 mg tingkatkan sesuai kebutuhan. (dosis maks. 20 mg)	Umum : sedasi, penglihatan kabur, pusing, mulut kering, retensi urin, dan konstipasi Bahaya : hipertensi ortostatik, efek samping ekstrapiramidal, perubahan EKG (perpanjangan interval QT), peningkatan berat badan, galaktorea, amenorea, sindrom malignan neuroleptik	Perhatian pada penderita gangguan ginjal, hati dan jantung. Pasien dengan obat yang menyebabkan perpanjangan interval QT. Evaluasi monitor EKG jika mungkin.
Risperidon	Inisiasi 1 mg per hari, tingkatkan hingga 2-6 mg perhari (Dosis maks 10 mg) Rute ; peroral	Umum : sedasi, pusing, takikardia Berbahaya : hipertensi ortostatik, gangguan metabolic (hiperlipidemia, resistensi insulin, peningkatan berat badan), efek samping ekstrapiramidal, peningkatan prolaktin, disfungsi seksual, dan sindrom	Perhatian pada pasien dengan penyakit jantung. Interaksi obat; Carbamazepine dapat menurunkan kadar risperidone, sementara fluoxetine dapat meningkatkan kadar risperidone
Klorpromazin	Inisiasi 25-50 mg perhari, tingkatkan hingga 75-300 mg perhari (hingga 1000 mg untuk kasus berat) Rute : peroral	Umum : sedasi, pusing, penglihatan kabur, mulut kering, retensi urin, konstipasi, takikardia Berbahaya : hipotensi ortostatik, gejala ekstrapiramidal, sinkop, fotosensitivitas, peningkatan berat badan, galaktorea, amenorea, disfungsi seksual, priapismus, sindrom, agranulositosis, jaundice.	Kontraindikasi : gangguan kesadaran, depresi sumsum tulang, feokromotoma Perhatian pada pasien dengan gangguan respirasi, ginjal, liver, glaukoma, retensi urin penyakit jantung, monitoring EKG jika mungkin

Pada laporan kasus yang terjadi di India, ditemukan suatu efek samping risperidone yang sangat jarang yaitu terjadinya edema pada penggunaan risperidone 4 mg per hari pada penderita gangguan psikotik akut (12). Antipsikotik generasi satu sering menyebabkan efek samping ekstrapiramidal seperti parkinsonisme, distonia akut, akatisia, tardive dyskinesia (TD). Terdapat beberapa cara dalam mengurangi efek samping ini bagi para klinisi seperti mengurangi dosis obat antipsikotik, menambahkan obat antiparkinson, atau mengubah jenis obat antipsikotik dengan efek samping ekstrapiramidal yang lebih kecil. Obat antiparkinson yang paling efektif adalah obat antikolinergik (Tabel 2) Sedasi dan hipotensi postural juga

merupakan efek samping yang sering timbul dari penggunaan antipsikotik terutama generasi pertama. Semua antipsikotik dapat meningkatkan kadar prolaktin yang menyebabkan galaktorea dan gangguan menstruasi. Peningkatan kadar prolaktin dapat mensupresi gonadotropin releasing hormone yang juga mensupresi hormon gonad. Hal ini memicu terjadinya gangguan fungsi seksual dan libido. Selain itu, hiperprolaktinemia juga memicu penurunan densitas tulang yang mengarah terjadinya osteoporosis (13). Monitoring pada pasien yang mengonsumsi antipsikotik wajib dilakukan. Penggunaan antipsikotik atipikal dapat mengganggu metabolisme insulin. Oleh karena itu, para klinisi harus memeriksa beberapa indikator kesehatan pasien seperti BMI, glukosa darah, dan juga profil lipid pasien (13).

Tabel 2 Antikolinergik Digunakan Dalam Mengatasi Efek samping Ekstrapiramidal

Nama	Dosis	Efek Samping	Kontraindikasi/perhatian
Biperiden	Inisiasi; 1 mg dua kali sehari, dapat ditingkatkan menjadi 3-12 mg perhari. Rute : Peroral atau IV	Umum : sedasi, kebingungan dan gangguan memori (khususnya pasien lansia), takikardia, mulut kering, retensi urin, dan konstipasi Jarang : galukoma sudut tertutup, myasthenia gravis, dan obstruksi saluran cerna	Perhatian pada pasien penyakit jantung , liver, atau ginjal Interaksi obat : hati-hati apabila menggabungkan dengan obat antikolinergik.
Trihesilfenidil	Inisiasi 1 mg per hari, dapat ditingkatkan 4-12 mg perhari dibagi menjadi 3-4 dosis (dosis maksimum 20 mg per hari) Rute : per oral		

Benzodiazepin juga sangat berguna dalam mengatasi kondisi agitasi pada psikosis akut. Penggunaan benzodiazepin juga dapat menurunkan jumlah pemakaian antipsikotik yang dibutuhkan untuk mengontrol pasien dengan gangguan psikotik (13). Terapi psikososial juga sangat diperlukan dalam terapi gangguan psikotik akut seperti cognitive behavioral therapy (CBT), behavioral skill therapy, family-oriented therapies.

Prognosis

Pasien biasa sembuh dalam waktu 1-3 bulan (tergantung dari jenis gangguan) atau dalam beberapa minggu/hari

Gangguan Skizoafektif

Defenisi

Skizoafektif adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan duagambaran yang berulang yaitu gambaran gangguan skizofrenia(memenuhi kriteria A skizofrenia) dan episod mood baik depresimayor maupun bipolar (14).

Epidemiologi

Gangguan skizoafektif, terjadi pada 0,2 % dari populasi umum di Amerika. 9% dari penderita skizoafektif dirawat di Rumah Sakit. Gangguan skizoafektif lebih sering angka kejadiannya dibanding gangguan bipolar. Meningkatkan dengan adanya riwayat keluarga (14).

Faktor Resiko

- Skizoafektif depresi lebih sering pada orang tua
- Tipe bipolar lebih sering pada dewasa muda
- Prevalensi perempuan lebih tinggi, terutama wanita menikah
- Awitan perempuan lebih lanjut
- Apabila terjadi pada laki-laki maka akan bersamaan dengan perilaku antisosial dan afek yang tumpu (15).

Etiologi

Penyebab gangguan skizoafektif tidak diketahui, tetapi 4 model konseptual telah dikembangkan. Gangguan dapat berupa tipe skizofrenia atau tipe gangguan mood. Gangguan skizoafektif mungkin merupakan tipe psikosis ketiga yang berbeda yang bukan merupakan gangguan skizofrenia maupun gangguan mood. Keempat dan yang paling mungkin, bahwa gangguan skizoafektif adalah kelompok heterogen gangguan yang menetap ketika kemungkinan pertama. Meskipun banyak riset famili dan genetik mengenai gangguan skizoafektif didasarkan pada alasan bahwa skizofrenia dan gangguan mood merupakan entitas terpisah, beberapa data menunjukkan bahwa kedua gangguan tersebut terkait secara genetik.

Gambaran Klinis

1. Kriteria diagnosis menurut DSM-IV-TR (15)
 - Periode penyakit tidak terputus berupa, pada suatu waktu depresif mayor, episode manic, atau episode campuran yang terjadi bersamaan dengan kriteria skizofrenia
- Periode depresif mayor harus mencakup kriteria skizofrenia dengan mood terdepresi

- Selama periode penyakit yang sama terdapat waham dan halusinasi selama sekurang-kurangnya 2 minggu tanpa gejala mood yang menonjol
- Gejala yang memenuhi criteria episode mood, timbul dalam jumlah bermakna pada durasi total periode aktif dan residual penyakit
- Gangguan tidak disebabkan efek fisiologis penggunaan zat psikoaktif

Tentukan type :

Bipolar apabila gejala mencakup episode manic dan campuranaau campuran manic dan depresif mayor Type depresif apabila hanya mencakup depresi mayor

2. Kriteria menurut PPDGJ III (15)

- Diagnose dibuat jika gejala skizofrenia dan afektif sama-sama menonjol dalam satu waktu
- Apabila gejala tidak muncul dalam satu waktu maka tidak bisa menegakkan diagnose
- Apabila pasien mengalami depresi setelah mengalami gejala psikotik maka masukkan dalam diagnose depresi pasca skizofrenia (F.20.4). Beberapa pasien akan mengalami gangguan skizoafektif manic dan depresi atau campuran.

Diagnosis

Diagnosis gangguan skizoafektif hanya dibuat apabila gejala-gejala definitif adanya skizofrenia dan gangguan afektif sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan, atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain, dalam satu episode penyakit yang sama, dan sebagai konsekuensinya, episode penyakit tidak memenuhi kriteria baik skizofrenia maupun episode manic atau depresif (14).

- a. Gangguan Skizoafektif Tipe Manik. Suasana perasaan harus meningkat secara menonjol atau ada peningkatan suasana perasaan yang tak begitu mencolok dikombinasi dengan iritabilitas atau kegelisahan yang meningkat. Dalam episode yang sama harus jelas ada sedikitnya satu, atau lebih baik lagi dua gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk skizofrenia).
- b. Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif. Harus ada depresi yang menonjol, disertai oleh sedikitnya dua gejala depresif yang khas atau kelainan perilaku seperti yang terdapat dalam kriteria episode depresif; dalam episode yang sama, sedikitnya harus ada satu atau lebih dua gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk pedoman diagnostik skizofrenia).

- c. Gangguan Skizoafektif Tipe Campuran. Gangguan dengan gejala-gejala skizofrenia ada secara bersama-sama dengan gejala-gejala gangguan afektif bipolar tipe campuran.

Pemeriksaan Tambahan

- a. Pemeriksaan berat badan (BMI), lingkaran pinggang, TD
- b. Pemeriksaan laboratorium, DPL, fungsi liver, profil lipid, fungsiginjal, glukosa sewaktu, kadar litium plasma
- c. PANSS, YMRS, MADRS (14).

Diagnosis Banding

- a. Gangguan psikotik akibat kondisi medik umum
- b. Delirium
- c. Demensia
- d. Gangguan psikotik akibat zat
- e. Skizofrenia
- f. Gangguan mood dengan gambaran psikotik
- g. Gangguan waham

Tatalaksana

A. Fase Akut (14)

1) Skizoafektif, Tipe Manik atau Tipe Campuran

a) Farmakoterapi

Injeksi

- Olanzapin, dosis 10 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- Aripiprazol, dosis 9,75 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25mg/hari.
- Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.
- Diazepam 10mg/2 mL injeksi intravena/intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari.

Oral

- Olanzapin 1 x 10 – 30 mg / hari atau risperidone 2 x 1-3 mg / hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400mg), hari III (600 mg) atau hari I (1x300 mg-XR), dan seterusnya

dapat dinaikkan menjadi 1x600 mg-XR) atau aripirazol 1 x 10-30 mg / hari

- Litium karbonat 2 x 400 mg, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg / hari, pada fungsi ginjal normal) atau divalproat dengan dosis 2 x 250 mg / hari (atau konsentrasi plasma 50-125 µg/L) atau 1-2 x 500mg/hari ER.
- Lorazepam 3 x 1-2 mg/hari kalau perlu (gaduh gelisah atau insomnia).
- Haloperidol 5-20 mg/hari

Injeksi

- Olanzapin, dosis 10mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- Aripiprazol, dosis 9,75mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25mg/hari.
- Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari
- Diazepam 10mg/2 mL injeksi intravena/intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari

Oral

- Litium 2 x 400 mg/hari, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg/hari, pada fungsi ginjal normal) atau divalproat dengan dosis awal 3 x 250 mg/hari dan dinaikkan setiap beberapa hari hingga kadar plasma mencapai 50-100 mg/L atau karbamazepin dengan dosis awal 300-800 mg/hari dan dosis dapat dinaikkan 200 mg setiap dua –empat hari hingga mencapai kadar plasma 4-12 µg/mL sesuai dengan karbamazepin 800-1600 mg/hari atau Lamotrigin dengan dosis 200-400 mg/ hari
- Antidepresan, SSRI, misalnya fluoksetin 1 x 10-20mg/hari
- Antipsikotika generasi kedua, olanzapin 1 x 10 – 30mg/hari atau risperidone 2 x 1-3 mg/hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600mg) dan seterusnya atau aripirazol 1 x 10-30 mg/hari.
- Haloperidol 5-20 mg/hari. Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu atau sampai tercapai remisi absolut yaitu YMRS ≤ 9 atau MADRS ≤ 11 dan PANSS-EC ≤ 3 untuk tiap butir PANSS-EC.

b) Psikoedukasi

c) Terapi Lainnya; ECT untuk pasien refrakter terhadap obat atau katatonik.

B. Fase Lanjutan

1) Psikofarmaka

Terapi (Monoterapi)

- a) Litium karbonat 0,6-1 mEq/L biasanya dicapai dengan dosis 900-1200 mg / hari sekali dengan dosis 500 mg/hari
- b) Olanzapin 1 x 10 mg/hari
- c) Quetiapin dengan dosis 300 – 600 mg/hari
- d) Risperidon dengan 1-4 mg/hari
- e) Aripirazol dengan dosis 10-20 mg/hari

Terapi Kombinasi

Kombinasi obat-obat di atas. Penggunaan anti depresan jangka panjang untuk skizoafektif tipe episode depresi mayor tidak dianjurkan karena dapat menginduksi terjadinya episode manik.

- Klozapin dosis 300-750mg/hari (pasien yang refrakter) Lama pemberian obat fase lanjutan 2-6 bulan sampai tercapai recovery yaitu bebas gejala selama 2 bulan.

Prognosis

Prognosis skizoafektif lebih baik dari pada skizofrenia tetapi lebihburuk bila dibandingkan dengan gangguan mood. Perjalanan penyakitnya cenderung tidak mengalami deteriorasi dan responsnya terhadap litium lebih baik daripada skizofrenia.

KESIMPULAN

Kesehatan jiwa adalah suatu bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan atau bagian integral dan merupakan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Pada Era Globalisasi dan persaingan bebas ini kecenderungan terhadap peningkatan gangguan jiwa semakin besar, hal ini disebabkan karena stresor dalam kehidupan semakin kompleks. Gangguan psikotik akut dapat menjadi gejala awal dari penyakit jiwa yang lebih berat seperti skizofrenia. Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seperti kehilangan orang yang dicintai, putusannya hubungan sosial, pengangguran, masalah dalam pernikahan, kesulitan ekonomi, tekanan di pekerjaan dan diskriminasi meningkatkan resiko penderita gangguan jiwa. Skizoafektif adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan dua gambaran yang berulang yaitu gambaran gangguan skizofrenia dan episode mood baik depresi mayor maupun bipolar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Andrawina, L. R., Ningtyas, F. W., & Ririanty, M. Peran Pekerja Sosial dalam Penanganan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di UPT Liposos Jember (The Role of Social Workers in the Handling of People With Mental Disorders (ODGJ) in UPT . Liposos Jember). *Journal Pustaka Kesehatan*, 2020; 8(2), 118–122.
2. Alifariki, L. O. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Respon Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Rawat Jalan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. *Faletehan Health Journal*, 2019; 6(2), 69–74.
3. WHO. 2015. Kesehatan Jiwa di Dunia. World Health Organization. 2015.
4. Kemenkes RI. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementerian Kesehatan RepublikIndonesia. 2018.
5. Harrison et al. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry Seventh Edition. In Oxford (Vol. 41, Issue 4). Oxford University Press. 2018.
6. Hasanah, L. Penyakit Skizoafektif dengan Tipe Depresi pada Wanita 34. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 2015; 4, 85–90.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan PerilakuPsikiatri Klinis. Tangerang: Binarupa Aksara, 2010.
8. Gangguan Psikitik Akut, Editor : Husny Muttagin dan Tiara Mahatmi Nisa. Kaplan & Sadock – Buku Ajar Psikiatri Klinis. Edisi 2. Jakarta ; Buku Kedokteran EGC. 2014; 179-181.
9. Gangguan Psikitik Akut dan Sementara ; Schizophrenia like (F23.2). Editor; Rusdi Maslim. *Diagnosis Gangguan Jiwa; Rujukan Ringkas dari PPPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta; Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajay. 2013; 53-55.
10. Maslim, Rasdi. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*. Cetakan Pertama.
11. Sadock, B.J. Sadock, V. A.S., Ruiz P. Kaplan & Sadock’s Synopsis of Phychiatry. 11th ed. Wolters Kluwer; 2015.
12. Thakur,A., Niranjan,V., Rastogi,P., Razdan,R. Acute Oedema Associated With Risperidone Use: A Report.
13. Boland,R.J., Verduin, M.L. Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry. 12th. ed. Wolters Kluwer;2021.
14. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa. Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015; 1, 1–27.
15. Dewi, Arum Kartika. *Buku Ajar Sistem Neurobehaviour (Psikiatri)*. Semarang; Bagian Ilmu Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang. 2015;