

Gangguan Skizoafektif: Penerapan DSM-5 pada Entitas Diagnostik yang Hampir Dihilangkan

Theresia Citraningtyas

Staf Pengajar Bagian Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Krida
Wacana, Jakarta

Alamat Korespondensi: theresia.citraningtyas@ukrida.ac.id

Abstrak

Gangguan skizoafektif sempat dipertimbangkan untuk tidak lagi disertakan dalam edisi kelima *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-5). Padahal, gangguan skizoafektif merupakan masalah yang lebih berat daripada skizofrenia maupun gangguan bipolar, dengan jumlah kasus yang tidak sedikit. Makalah ini mengangkat sebuah kasus sebagai contoh penerapan DSM-5 dan menjabarkan perbedaan-perbedaannya dengan perangkat diagnostik sebelumnya, yaitu DSM IV/DSM IV-TR. Makalah ini kemudian menunjukkan bagaimana polemik terkait diagnosis tersebut kemudian berdampak pada kurangnya konsensus penatalaksanaan, sehingga pada akhirnya tatalaksana harus didasari oleh konsensus untuk diagnosis lainnya, yaitu gangguan afektif bipolar, sekalipun sebetulnya gangguan skizoafektif dianggap lebih mendekati skizofrenia.

Kata kunci: gangguan skizoafektif, DSM-5, diagnosis, studi kasus

Schizoaffective Disorder: Application of DSM-5 on a Diagnostic Entity that Was Almost Deleted

Abstract

Schizoaffective Disorder was almost not included in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5), even though there are quite a few number of cases with this condition and the condition is more severe compared to schizophrenia or bipolar disorder. This journal article presents a case study as an example of DSM-5 application and describes differences with the previous diagnostic reference, DSM IV/DSM IV-TR. This paper then highlights how the polemic around this diagnosis affects the lack of consensus on treatment and management. Its treatment thus needs to be based on the consensus on another diagnosis, bipolar affective disorder, even though schizoaffective disorder is considered to be more aligned with schizophrenia.

Keywords: schizoaffective disorder, DSM-5, diagnosis, case study

Pendahuluan

Dalam penyusunan edisi kelima *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-5),¹ gangguan skizoafektif sempat dipertimbangkan untuk dihapuskan sebagai entitas diagnostik.² Padahal, gangguan

skizoafektif merupakan masalah yang lebih berat daripada skizofrenia ataupun gangguan bipolar, dengan jumlah kasus yang tidak sedikit.³ Menurut data tak terpublikasi dari *database* asuransi swasta dan *Medicare* Amerika Serikat yang dapat diakses oleh *Psychosis Work-Group*, 2009, gangguan

skizoafektif ditegakkan untuk sepertiga kasus psikotik non-afektif.⁴

Gangguan skizoafektif dikatakan kurang mendapat perhatian karena (1) masalah dalam penegakan diagnosis di awal, (2) persepsi bahwa skizoafektif merupakan sekedar gabungan tumpang-tindih antara skizofrenia dan gangguan bipolar yang penatalaksanaannya dengan gabungan pengobatan dari kedua entitas tersebut, dan (3) anggapan bahwa gangguan skizoafektif merupakan bentuk ekstrem dari skizofrenia atau gangguan bipolar.³ Pada kebanyakan penelitian tentang gangguan skizoafektif, pasien dikelompokkan dengan skizofrenia atau gangguan bipolar dengan ciri psikotik.⁴

Reliabilitas diagnostik untuk gangguan skizoafektif rendah sering terdapat misdiagnosis dengan skizofrenia.^{5,6} Gangguan skizoafektif bahkan sering dianggap sebagai diagnosis yang lebih ringan daripada skizofrenia, yang ditegakkan ketika keadaan pasien tidak memenuhi kriteria diagnosis untuk skizofrenia maupun bipolar.⁴ Menurut sebuah tim dari enam belas sentra di empat negara, masalah kurangnya reliabilitas kriteria diagnostik untuk gangguan skizoafektif adalah karena masih kuatnya pengaruh Kraepelin sejak hampir seratus abad yang lalu (1920), yang menekankan dikotomi antara skizofrenia (yang dulu disebut *dementia praecox*) dan gangguan *mood (manic-depressive)*.⁴ Hal ini dibandingkannya dengan pandangan Kasanin (1933) tentang gangguan skizoafektif sebagai gangguan dengan episode afektif dan psikotik yang akut dan singkat "*buffée délirante*".⁴

Saat ini, sebagian peneliti menekankan gangguan skizoafektif sebagai entitas terpisah dari baik skizofrenia maupun gangguan bipolar,³ sementara yang lain menekankan tumpang tindih antara skizofrenia dan gangguan bipolar yang antara lain didasari atas hasil penelitian genetik seperti *Schizophrenia Psychiatric Genome-Wide Association Study (GWAS) Consortium 2011*.⁴ Oleh karena itu, pencanangan DSM-5 sempat memerdebatkan dihapuskannya diagnosis tersebut, dan dimasukkannya unsur afektif sebagai dimensi dalam spektrum skizofrenia.⁴ Namun, hal ini dianggap terlalu dini, sehingga akhirnya klasifikasi skizoafektif dalam DSM-5 ditujukan untuk mengumpulkan data untuk konseptualisasi gangguan tersebut di masa yang akan datang.⁴ Prinsip DSM-5 adalah memberi ruang untuk pandangan dikotomi

maupun pandangan yang menyatukan gangguan spektrum skizofrenia dengan gangguan afektif.⁴

Makalah ini mengangkat sebuah kasus sebagai contoh penerapan DSM-5¹ dan menjabarkan perbedaan-perbedaannya dengan perangkat diagnostik sebelumnya, yaitu DSM IV⁷/DSM IV-TR⁸. Makalah ini kemudian menunjukkan bagaimana polemik terkait diagnosis tersebut kemudian berdampak pada kurangnya konsensus penatalaksanaan, sehingga pada akhirnya tatalaksana harus didasari oleh konsensus untuk diagnosis skizofrenia dan gangguan afektif bipolar.

Laporan Kasus

Seorang laki-laki berusia 32 tahun dibawa keluarga ke IGD dengan bantuan polisi karena meracau, marah-marah, mengancam dan merusak barang-barang di rumah sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit. Menurut keluarga, sejak satu minggu sebelum masuk rumah sakit, pasien hampir setiap hari dan sepanjang hari cepat tersinggung, marah-marah, minta-minta uang, dan banyak bicara. Pasien mandi dan dandan berjam-jam hingga 4-5x sehari, beres-beres rumah, bergerak terus, sangat sedikit tidur namun tidak mengeluh mengantuk/lelah, dan berjalan-jalan hingga dini hari. Pada pasien terdapat waham kejar (orang-orang yang bermaksud memfitnah, menjebak, dan membunuh pasien), waham kebesaran (bisa membaca pikiran orang, bisa bicara jarak jauh), waham erotomanik (ada artis yang hendak menikahinya), dan waham *bizarre* (uang seribuan pasien dicuri dan membawa keluar angkasa, pasien memiliki mata kucing yang bisa melihat supranatural, dan pasien bertugas menghindarkan semua orang dari api neraka). Waham ini sudah ada sejak sebelum muncul masalah terkait *mood*.

Pasien sudah delapan kali dirawat di bangsal jiwa sebuah rumah sakit sejak tahun 1997 hingga 2010 dengan waham kejar, waham kebesaran, waham erotomanik, dan waham *bizarre*, halusinasi auditorik, visual, taktil, dan bicara kacau. Pasien juga pernah mengalami dua kali episode (2-3 minggu) sedih berlebih dengan waham nihilistik dan usaha bunuh diri. Pasien juga sering marah-marah, berkelahi, dan merusak barang. Pasien sudah pernah diobati dengan haloperidol dan trihexyphenidyl, kemudian risperidon, divalproat, dan stelazine, dan sempat beberapa

kali putus obat. Hingga pemeriksaan terakhir, pasien berobat jalan teratur dengan farmakoterapi risperidon 2x3 mg dan divalproat 2x500mg.

Pasien tidak pernah menderita penyakit berat/kronis atau mengalami kecelakaan berat. Pasien mengonsumsi alkohol anggur merah oplosan 2-3 gelas semalam 1-2x/minggu. Pasien merokok 2-3 bungkus per hari. Pasien mengatakan pernah satu kali menghisap dua linting ganja.

Pasien lamban dalam tumbuh dan berkembang, berjalan setelah usia dua setengah tahun, dan pada usia empat tahun belum lancar bicara. Pasien sering mengalami kesulitan akademik di sekolah sejak SD. Selama SMP, ibu pasien mengerjakan semua pekerjaan rumah/tugas sekolah pasien. Ketika SMA kelas 1, pasien sempat tidak naik kelas lalu dipindahkan ke SMA lain yang mau dibayar untuk mengusahakan pasien naik kelas dan lulus. Dari kecil pasien sering diolok-olok oleh teman-temannya sehingga pasien marah dan berkelahi. Sesudah lulus SMA, pasien lebih banyak menganggur, sempat berganti-ganti pekerjaan sebagai kenek/tukang parkir/penjaga, dan bertahan beberapa hari beberapa bulan, berhenti karena masalah keuangan atau relasi di tempat kerja.

Sejak dulu sehari-hari pasien di rumah menghabiskan waktu lama untuk kebersihan dan penampilan, dan sering marah-marah bila anggota keluarga tidak ikut memastikan bahwa keadaan rumah sesuai kehendak pasien. Pasien tinggal bersama ayah, ibu, dan adik perempuan pasien yang didiagnosis dengan retardasi mental ringan-sedang dan skizofrenia. Ayah pasien sering memaki dan memukuli pasien, ibu pasien, dan kakak-adik pasien (kakak sudah tidak tinggal di rumah), terutama terkait masalah keuangan.

Pada pemeriksaan status mental ditemukan penampilan seorang laki-laki sesuai dengan usianya, mengenakan topi dan jaket. Perawatan dirinya cukup. Pasien cukup kooperatif selama wawancara walaupun terkadang marah-marah tentang keluarganya dan marah-marah bahwa ia dirawat. Pembicaraan spontan, logorrhea, volume suara keras. *Mood* iritabel, afek labil, sesuai topik, ekspresi berlebih. Proses pikirnya asosiasi longgar, *flight of ideas*, sirkumstansial; isi pikir waham kejar, waham kebesaran, dan waham erotomanik, dan waham *bizarre*. Terdapat halusinasi visual (bayangan pocong)

dan halusinasi auditorik (suara "Allah" dan suara yang tidak dikenal), yang terkadang bersifat *commanding* (untuk sholat dan berbuat "kebaikan" - tidak jelas bentuknya). Pasien tidak dapat mengartikan peribahasa, dan banyak melakukan kesalahan saat mengerjakan soal matematika perkalian dan pembagian. Uji penilaian realita terganggu dengan tilikan derajat dua. Skor *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) 78.

Pemeriksaan fisik dalam batas normal. Pemeriksaan darah perifer lengkap, fungsi hati, ginjal, profil lipid, dan urin rutin dalam batas normal. Pasien sejak kecil sering mengompol di malam hari (tidak terbangun sendiri bila ingin buang air kecil, harus dibangunkan). Di puskesmas diberi Tofranil (Imipramin) 1x25 mg yang membantu pasien untuk dapat tidur malam tanpa mengompol. Pada konsul urologi ditemukan rembesan urin saat batuk.

Diskusi

Pada DSM-5,¹ tidak lagi diberlakukan diagnosis lima aksis, melainkan dilakukan penyatuan Aksis I hingga III, dengan catatan untuk faktor psikososial dan kontekstual penting (yang dulu Aksis IV pada DSM IV⁷/DSM IV-TR⁸) dan disabilitas (dulu Aksis V). *Global Assessment of Functioning* (GAF) tidak lagi digunakan, dengan digantikan oleh pengukuran disabilitas berdasarkan WHO *Disability Assessment Schedule* (WHODAS). Langkah-langkah penegakan diagnosis dijabarkan seperti berikut ini.

Pertama-tama, pada pasien ini mengalami keadaan yang memenuhi definisi gangguan jiwa menurut DSM-5.¹ Menurut DSM-5 (hlm.20):¹

Gangguan jiwa adalah sindrom yang ditandai dengan gangguan yang bermakna secara klinis dalam kognisi, regulasi emosi, atau perilaku seseorang yang mencerminkan disfungsi dalam dasar proses psikologis, biologis, atau perkembangan dalam fungsi mental seseorang. Gangguan jiwa biasanya terkait dengan distres atau hendaya yang bermakna dalam bidang sosial, pekerjaan, atau kegiatan penting lainnya. Respons yang sesuai dengan ekspektasi atau diterima secara budaya terhadap

stresor umum seperti kehilangan, kematian orang yang dicintai, bukan gangguan jiwa. Perilaku yang bertentangan secara sosial (contoh: politik, keagamaan, atau seksual) dan konflik-konflik yang terutama antara individu dan masyarakat bukan gangguan jiwa, kecuali pertentangan atau konflik tersebut mengakibatkan disfungsi pada individu seperti yang dijabarkan di atas.

Pada pasien ini terdapat gangguan yang bermakna secara klinis, dengan gejala-gejala kognisi (antara lain waham, asosiasi longgar), regulasi emosi (iritabel), dan perilaku (antara lain menghabiskan uang, berkelahi dan merusak barang-barang), dengan skor PANSS awal 78. Hal ini menimbulkan distress dan hendaya di bidang sosial (perkelahian dengan keluarga dan masyarakat sekitar) dan pekerjaan (tidak dapat bekerja lama). Pada pasien ditemukan gejala-gejala yang menyebabkan penderitaan yang cukup bermakna (iritabel) dan menimbulkan hendaya dalam fungsi sosial dan pekerjaan pasien. Keadaan pada pasien tidak sesuai dengan ekspektasi/diterima secara budaya dan tidak menggambarkan pertentangan sosial umum seperti yang merupakan perkecualian.

Setelah ditetapkan bahwa pasien mengalami gangguan jiwa, gangguan mental organik disingkirkan. Gejala-gejala pada pasien sudah berulang untuk waktu lama dan tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung zat yang pernah digunakan oleh pasien (alkohol sesekali, rokok, marijuana 1x) atau kondisi medik umum (enuresis).

Sesuai urutan pada DSM-5, langkah berikutnya adalah menyingkirkan gangguan perkembangan.¹ Pada pasien ini terdapat riwayat tumbuh-kembang lamban dan kesulitan akademis yang menimbulkan kesan inteligensi *borderline*. Hal ini perlu ditegakkan dengan pemeriksaan lebih lanjut (tes IQ). Namun, gejala utama yang ada pada pasien saat ini (waham, halusinasi, asosiasi longgar, kegiatan berlebih) muncul setelah pasien berusia 16 tahun, sehingga pada pasien dapat dinyatakan adanya gangguan jiwa yang tidak berkaitan langsung dengan gangguan perkembangan yang ada.

Berdasarkan DSM-5,¹ gangguan pada pasien termasuk dalam "Spektrum skizofrenia

dan Gangguan psikotik lainnya". Spektrum tersebut ditandai oleh abnormalitas dalam satu atau lebih dari kelima ranah berikut ini: "waham, halusinasi, pikiran (bicara) kacau, perilaku yang sangat kacau atau perilaku motorik yang abnormal (termasuk katatonian), dan gejala negatif" (hlm.87).¹ Pada pasien ini ditemukan waham, halusinasi, dan asosiasi longgar.

Di dalam spektrum tersebut, pada pasien ini dapat ditegakkan diagnosis gangguan skizoafektif menurut DSM-5, dengan kriteria diagnosis berikut (hlm. 105):¹

- A. Masa sakit yang tidak terputus di mana terdapat Episode *Mood* Mayor (Depresi Mayor atau Manik) bersamaan dengan Kriteria A Skizofrenia.
- B. Waham atau halusinasi selama dua minggu atau lebih di luar Episode *Mood* Mayor (Depresi Mayor atau Manik) selama durasi penyakit dalam kehidupan.
- C. Gejala yang memenuhi kriteria episode *mood* mayor harus ada untuk sebagian besar dari masa aktif dan residual dari penyakit tersebut.
- D. Gangguan ini bukan karena dampak zat (contoh penyalahgunaan zat, obat) atau kondisi medis lainnya.

Kriteria Episode *Mood* Mayor yang terpenuhi pada pasien adalah episode manik, sesuai dengan kriteria pada DSM-5 (hlm.124) berikut ini:¹

- A. Masa tertentu ketika terdapat *mood* elevasi, ekspansi, atau iritabel yang abnormal dan persisten dan kegiatan bertujuan yang abnormal dan secara persisten meningkat, selama minimal satu minggu dan ada hampir sepanjang hari, hampir setiap hari (atau selama durasi apa pun bila dibutuhkan rawat inap).
- B. Selama masa gangguan *mood* dan peningkatan energi atau aktivitas, tiga (atau lebih) dari gejala-gejala berikut ini (empat bila *mood* hanya iritabel) ada pada tingkat yang bermakna dan menandai perubahan yang tampak dari perilaku yang biasanya:
 1. Rasa percaya diri yang berlebih atau grandiositas.

2. Kebutuhan untuk tidur yang berkurang (cukup tidur hanya setelah tiga jam tidur).
3. Lebih banyak bicara daripada biasanya, atau tekanan untuk terus bicara.
4. Gagasan berlompat (*flight of ideas*) atau pengalaman subjektif bahwa pikiran seperti berlomba-lomba.
5. Distraktibilitas (pikiran mudah teralih pada stimulus eksternal yang tidak penting atau tidak relevan), seperti yang dilaporkan atau diamati.
6. Peningkatan kegiatan bertujuan (baik secara sosial, di tempat kerja atau di sekolah, atau secara seksual) atau agitasi psikomotor (kegiatan yang sia-sia/tidak bertujuan).
7. Keterlibatan berlebihan dalam kegiatan dengan potensi tinggi konsekuensi menyakitkan (contoh, belanja berlebihan, berhubungan seksual tanpa pertimbangan, investasi bisnis yang merugikan)

C. Gangguan *mood* cukup berat untuk menyebabkan disfungsi sosial atau pekerjaan atau untuk membutuhkan rawat inap untuk mencegah cedera pada diri atau orang lain, atau terdapat ciri-ciri psikotik.

D. Episode tidak dikarenakan dampak fisiologis dari zat (contoh penyalahgunaan zat, obat, atau pengobatan lain) atau akibat keadaan medis.

Pada pasien ditemukan *mood* yang iritabel, yang menurut keluarga lebih dari biasanya, serta kegiatan bertujuan yang abnormal dan berlebih hampir sepanjang hari, hampir setiap hari selama satu minggu (dan dibutuhkan rawat inap). Selama itu ditemukan lima gejala Kriteria B, yaitu: rasa percaya diri yang berlebih (waham kebesaran), kebutuhan tidur

Perubahan pertama pada kriteria diagnosis ini berkaitan dengan perubahan pada kriteria diagnosis lainnya, terutama dihapusnya Episode Campuran pada DSM-5.¹ Perubahan-perubahan pada Episode Depresi Mayor dan Manik maupun kriteria A skizofrenia, otomatis juga dapat memengaruhi penetapan diagnosis gangguan skizoafektif. Perubahan-perubahan tersebut tidak cukup bermakna pada kasus ini.

yang kurang, bicara lebih banyak dari biasanya, gagasan berlompat, dan peningkatan kegiatan bertujuan (bersih-bersih, mandi dan dandan 4-5 kali sehari, pergi mencari-cari di mana pun ada orkes meskipun jauh), dan menghabiskan banyak uang. Pasien marah-marah, merusak barang-barang, dan mengancam keluarga, sehingga keluarga mendatangkan polisi untuk membawa pasien untuk dirawat. Pasien tidak dalam pengaruh zat tertentu.

Kriteria A Skizofrenia menurut DSM-5 (hlm.99) adalah:¹

A. Dua (atau lebih) dari yang berikut ini, masing-masing terdapat pada masa yang bermakna selama satu bulan (atau kurang bila berhasil ditata laksana). Minimal salah satu harus [terdiri atas subkriteria] (1), (2), atau (3):

1. Waham.
2. Halusinasi.
3. Bicara kacau (contoh: *derailment* atau inkoheren).
4. Perilaku yang sangat kacau atau katatonik.
5. Gejala negatif (yaitu, ekspresi emosi atau avolisi).

Kriteria diagnosis C dan D pada gangguan skizoafektif harus didasari oleh temuan dalam kehidupan semasa sakit pasien. Menurut keluarga dan berdasarkan catatan rekam medis, dalam perjalanan penyakit selama hidup pasien, sejak 1997 sudah berulang kali terdapat waham atau halusinasi tersebut selama dua minggu atau lebih di luar Episode *Mood Mayor*. Selain itu, menurut keluarga pasien gejala yang memenuhi kriteria gangguan *mood* mayor ditemukan pada sebagian besar dari masa aktif dan residual dari penyakit tersebut.

Kriteria diagnostik pada DSM IV⁷/DSM IV-TR⁸ sekilas tidak tampak banyak berbeda dengan DSM-5¹, seperti ditampilkan dalam tabel berikut ini (bagian yang di-**bold** menunjukkan perubahan):

Seperti yang disampaikan oleh Malaspina et al., poin terpenting yang hendak ditekankan pada DSM-5 adalah bahwa gangguan skizoafektif merupakan diagnosis yang harus mempertimbangkan perjalanan penyakit seumur hidup, dengan kata lain gangguan skizoafektif merupakan "diagnosis longitudinal".⁴ Menurut pandangan tersebut diagnosis skizoafektif hanya dapat ditegakkan setelah

masa banyak episode psikosis di luar gangguan *mood* selama bertahun-tahun.⁴ Hal ini adalah aspek utama yang berubah dari DSM IV⁷/DSM IV-TR⁸ ke DSM-5¹. Tim tersebut menekankan bahwa unsur afektif atau unsur psikotik dari gangguan tersebut dapat ditekan atau bertambah berat dalam masa hidup pasien, dengan gambaran klinis sesaat yang dapat berubah-ubah, sehingga tidak dapat didiagnosis secara "potong-lintang" (*cross-sectional*). Hal ini dapat menjadi masalah bagi klinisi bila tidak terdapat riwayat perjalanan penyakit yang jelas. Kebetulan pasien ini selalu berobat teratur ke RSCM, sehingga terdapat catatan lengkap perjalanan penyakit selama ini.

Perubahan kriteria tersebut sangat penting secara klinis. Pada pasien ini, misalnya, dengan kriteria diagnosis DSM-5,¹ kita dapat

langsung menegakkan diagnosis gangguan skizoafektif ketika pasien datang ke IGD berdasarkan riwayat penyakit dahulu. Sedangkan menurut DSM IV⁷/DSM IV-TR⁸, harus terdapat waham atau halusinasi selama minimal dua minggu di luar gejala *mood* yang prominen **pada masa sakit yang sama**. Padahal menurut keluarga, gejala pada pasien ini baru mulai muncul kembali selama 1 minggu. Dengan demikian, seandainya digunakan DSM IV⁷/DSM IV-TR⁸, pada saat itu pasien ini hanya memenuhi kriteria diagnostik untuk Gangguan Bipolar I tipe manik dengan ciri psikotik, sekalipun pasien sudah pernah didiagnosis dengan gangguan skizoafektif sebelumnya (sudah pernah terdapat waham atau halusinasi selama dua minggu di luar gejala *mood*).

Tabel 1. Perbedaan antara Kriteria Diagnosis DSM IV⁷/DSM IV-TR⁸ dan DSM-5¹

DSM IV ⁷ /DSM IV-TR ⁸	DSM-5 ¹
A. Masa sakit yang tidak terputus di mana, pada suatu waktu tertentu , terdapat Episode Depresi Mayor, Episode Manik, atau Episode campuran bersamaan dengan gejala yang memenuhi Kriteria A Skizofrenia.	A. Masa sakit yang tidak terputus di mana, terdapat Episode <i>Mood</i> Mayor (Depresi Mayor atau Manik) bersamaan dengan Kriteria A Skizofrenia. (bagian yang di-bold pada kriteria DSM-IV/DSM IV-TR dihapus dari DSM-5)
B. Pada masa sakit yang sama , terdapat waham atau halusinasi selama minimal 2 minggu di luar gejala <i>mood</i> yang prominen .	B. Waham atau halusinasi selama 2 minggu atau lebih di luar Episode <i>Mood</i> Mayor (Depresi Mayor atau Manik) selama durasi penyakit dalam kehidupan .
C. Gejala yang memenuhi kriteria episode <i>mood</i> harus ada untuk sebagian besar dari masa aktif dan residual dari penyakit tersebut.	C. Gejala yang memenuhi kriteria episode <i>mood</i> mayor harus ada untuk sebagian besar dari masa aktif dan residual dari penyakit tersebut.
D. Gangguan ini bukan karena dampak zat (contoh penyalahgunaan zat, obat) atau kondisi medis lainnya.	E. Gangguan ini bukan karena dampak zat (contoh penyalahgunaan zat, obat) atau kondisi medis lainnya.

Menurut DSM-5 diagnosis gangguan skizoafektif pada pasien ini dilengkapi dengan spesifikasi Tipe Bipolar ("Subtipe ini berlaku bila Episode Manik adalah bagian dari tampilan pada pasien"), episode berulang, saat ini sedang dalam episode akut (minimal dua episode - remis dan relaps) (hlm.106).¹ DSM-5 menggunakan derajat keparahan (*severity*) berdasarkan - *Clinician-rated dimensions of psychosis symptom severity* (hlm.743) sebagai berikut:¹

- I. Halusinasi derajat 3/sedang (ada dorongan untuk bertindak, sedikit terganggu oleh suara-suara)
- II. Waham derajat 3/sedang (ada dorongan untuk bertindak berdasarkan waham)
- III. Bicara kacau derajat 2/ringan (sedikit kesulitan mengikuti pembicaraan)

- IV. Perilaku psikomotor abnormal derajat 0 - tidak ada.
- V. Gejala negatif derajat 0 - tidak ada.
- VI. Hambatan kognisi derajat 1 (fungsi kognitif tidak jelas di luar rentang ekspektasi untuk usia atau status sosioekonomik, 0,5 SD dari mean) - pada pasien ini, terdapat kesan inteligensi *borderline* di luar dari gejala psikosis, sehingga tidak jelas.
- VII. Depresi derajat 0 - tidak ada.
- VIII. Mania derajat 4/berat (*mood* iritabel setiap hari dan secara ekstensif)

Penilaian derajat keparahan ini merupakan hal yang baru pada DSM-5.¹

Selain itu, diagnostik utama psikiatrik tersebut perlu dilengkapi dengan diagnosis penyakit fisik, lainnya. Pada DSM-IV/DSM-IV-TR digunakan sistem aksis. Bila menggunakan DSM-IV/DSM-IV-TR, diagnostik psikiatrik utama ditempatkan pada aksis I. Pada pasien ini aksis II akan mencantumkan aspek kepribadian anankastik dan inteligensi *borderline*, aksis III menggambarkan penyakit fisik/masalah medis umum *overactive bladder dengan stres incontinence interim*, aksis IV masalah kekerasan oleh ayah, dan aksis V skor *Global Assessment of Functioning* (GAF). Di lain pihak, DSM-5 sudah tidak lagi menggunakan aksis, dengan pertimbangan bahwa hal ini membingungkan bagi kerja sama lintas departemen/disiplin dan sistem administrasi rumah sakit. Namun, perhatian terhadap aspek-aspek yang selama ini dipisahkan dalam kelima aksis tersebut harus tetap mendapat perhatian.

Sebagai ganti aksis IV pada DSM-IV⁷/DSM-IV-TR⁸, DSM-5¹ menganjurkan penggunaan *Cultural Formulation Interview* (CFI) untuk menilai berbagai faktor, termasuk stres psikososial yang berkontribusi pada gangguan jiwa pasien. Pengkajian tersebut termasuk identitas budaya dari individu, konseptualisasi budaya dari distres, stresor psikososial dan ciri-ciri budaya kerentanan dan resiliensi, ciri-ciri budaya relasi antara individu dan klinisi, serta penilaian (*assessment*) budaya secara keseluruhan. Pada pasien ini, belum dapat digunakan CFI karena

belum dilakukan uji validitas untuk konteks dan Bahasa Indonesia. Stres psikososial yang berkontribusi pada gangguan jiwa pada pasien ini adalah ekspresi emosi keluarga tinggi, kekerasan dalam rumah tangga oleh ayah, dan perselisihan soal uang. Ayah pasien sering memaki dan memukuli pasien dan keluarganya.

Untuk penilaian kondisi secara keseluruhan yang tercakup pada aksis V pada DSM-IV⁷/DSM-IV-TR⁸, DSM-5¹ menyertakan WHO *Disability Assessment Schedule* (WHODAS) 2.0 (hlm.745). Kuesioner tersebut belum diterapkan pada pasien ini karena belum dilakukan uji validitas dari alat tersebut dalam konteks dan bahasa Indonesia, terutama karena alat tersebut dimaksudkan untuk dijawab langsung oleh pasien (*self-administered*) atau seseorang yang cukup mengenal keadaan pasien (bila pasien tidak dapat menjawab).

Sekalipun terdapat kemungkinan perbedaan diagnosis berdasarkan kriteria DSM-IV⁷/DSM-IV-TR⁸ dan DSM-5¹, pada akhirnya tidak banyak terdapat perbedaan khusus antara penatalaksanaan gangguan skizoafektif atau Gangguan Bipolar I tipe manik dengan ciri psikotik. Hal ini dikarenakan tidak terdapat panduan atau konsensus khusus untuk gangguan skizoafektif. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) memiliki Panduan Tatalaksana Gangguan Bipolar⁹ dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia¹⁰ namun tidak ada perhatian khusus pada gangguan skizoafektif. Kepustakaan cenderung mengelompokkan skizoafektif bersama skizofrenia,⁴ sedangkan pada praktik di lapangan, penatalaksanaan gangguan skizoafektif cenderung serupa dengan gangguan bipolar I dengan ciri psikotik, yang memadukan antipsikotik dengan *mood stabilizer*.

Tabel 2. Tatalaksana Gangguan Bipolar^{10,11}

Lini	Anjuran pilihan tatalaksana
I	Litium, divalproat, olanzapin, risperidon, quetiapin, quetiapin XR, aripiprazol, litium atau divalproat + risperidon, divalproat + quetiapin, litium + quetiapin, litium atau divalproat + olanzapin, litium atau divalproat + aripiprazol
II	Karbamazepin, litium + divalproat, paliperidon, atau ECT
III	Haloperidol, klorpromazin, litium atau divalproat haloperidol, litium + karbamazepin, klozapin. Pada pasien gangguan afektif bipolar dengan episode manik, tidak direkomendasikan gabapentin, topiramet, lamotrigin, risperidon + karbamazepin, olanzapin + karbamazepin

Di Indonesia, menurut penanganan pada gangguan skizoafektif cenderung mengikuti Panduan Tatalaksana Gangguan Bipolar¹⁰ dan anjuran pakar¹¹ seperti yang tertera pada tabel berikut. Bila salah satu penatalaksanaan pada Lini I sudah dicoba selama teoritis enam minggu (atau kenyataan di bangsal satu minggu) tanpa menunjukkan hasil yang bermakna, obat dapat ditingkatkan dosisnya.¹¹ Bila belum menunjukkan hasil juga, obat dapat diganti dengan obat lain pada lini I.¹¹ Bila itu belum menunjukkan hasil, pasien dapat diberi pengobatan Lini II.¹¹ Bila itu pun belum memadai, dapat diberikan pengobatan Lini

III.¹¹ Prinsip penatalaksanaannya adalah penyesuaian untuk keadaan tiap-tiap pasien (*tailoring*) berdasarkan terapi yang untuk pasien paling efektif, aman, dapat ditoleransi efek sampingnya, mudah digunakan, dan terjangkau.¹¹

Berhubung tidak ada penelitian yang komprehensif sebagai panduan resmi penatalaksanaan gangguan skizoafektif, sulit untuk menentukan seperti apa penatalaksanaan jangka panjang yang tepat untuk pasien. Menurut teori pada skizofrenia dan gangguan bipolar, terapi rumatan dilakukan untuk waktu yang tak terhingga, seperti pada Tabel 3.

Tabel 3. Multifase Gangguan Bipolar¹²

	Akut	Lanjut	Rumatan
Lama	3-8 minggu	2-6 bulan	Tak terhingga
Gejala	Sindromal	Subsindromal/ tidak ada	Tidak ada/ subsindromal
Episode	Tampak jelas	Kurang jelas/tidak terlihat (supresi parsial/penuh)	Tidak ada atau kurang jelas
Tujuan	Respons, remisi	Recovery, pencegahan relaps; peningkatan fungsi	Pencegahan rekurensi; fungsi sepenuhnya
Prioritas	<i>Efficacy</i>	Keseimbangan efek yang dikehendaki/yang tidak	Obat dapat ditolerir
Pengobatan	Naikkan; tambahkan	Lanjutkan; kurangi/naikkan	Optimisasi; atasi prodromal
Psikososial	Dukungan/ struktur; pendidikan; libatkan keluarga	Kepatuhan; kognitif, perilaku, keluarga; pengawasan	Kepatuhan; optimasi adaptasi; antisipasi prodromal

Menurut panduan di atas, dosis terapi tidak perlu diturunkan, kecuali bila terdapat keluhan

efek samping.¹² Ada lima macam titik transisi (*5R's transition points*) yang perlu

diperhatikan, yaitu: (1) Respons, yaitu perbaikan yang bermakna secara klinis (lebih dari 50%) dengan supresi parsial episode indeks; (2) Remisi, yaitu hampir tidak adanya gejala selama kurang dari dua bulan, dengan supresi sepenuhnya episode indeks; (3) *Recovery* (pulih), yaitu tidak ada gejala selama 2 bulan atau lebih (episode indeks selesai); (4) Relaps, yaitu episode indeks kembali setelah respons atau remisi; dan (5) Rekurensi, yaitu munculnya episode baru.¹² Berdasarkan hal ini, penatalaksanaan gangguan bipolar dapat dibagi menjadi fase akut, fase lanjutan, dan fase rumatan. Pasien ini tadinya berada pada fase rumatan, namun kemudian timbul relaps ketika *mood stabilizer* dihentikan. Tidak terdapat panduan untuk mengarahkan penambahan antipsikotik yang dilakukan pada pasien. Bila berdasarkan panduan penatalaksanaan gangguan bipolar, bila respons pada pasien belum adekuat, patut dipertimbangkan penambahan dosis lebih lanjut atau penggantian ke pengobatan lain lini I, seperti divalproat + olanzapin atau divalproat + quetiapin.

Selain farmakoterapi, psikoedukasi serta komunikasi dengan pasien dan keluarga sangat penting agar obat dapat dipertahankan dan tidak timbul relaps yang mengakibatkan kesulitan dalam mencapai respons pengobatan yang sama. Selain itu, pada kasus ini, salah satu faktor stres psikososial yang paling mencolok adalah kekerasan dalam rumah tangga dan ekspresi emosi dalam keluarga yang tinggi. Pasien kemungkinan memiliki kerentanan biologis yang kemudian dihadapkan dengan kekerasan fisik dan psikososial yang berkontribusi pada munculnya gangguan jiwa pada pasien. Idealnya dilakukan terapi keluarga. Hal ini sempat diupayakan beberapa tahun yang lalu, namun mengalami penolakan oleh ayah pasien. Menurut Undang-Undang anti Kekerasan Dalam Rumah Tangga (UU KDRT) tahun 2004, kekerasan dalam rumah tangga adalah pelanggaran hukum, namun keluarga bergantung secara finansial pada pelaku sebagai kepala keluarga.¹³ Untuk menangani kasus ini sebetulnya diperlukan kerja sama lintas disiplin, misalnya kerja sama dengan bidang hukum dan sosial.

Kesimpulan

Kasus ini menggambarkan diagnosis gangguan psikiatrik yang mengalami polemik dalam perubahan dari DSM-IV⁷/DSM-IV-TR⁸ ke DSM-5¹. Polemik terkait entitas diagnostik gangguan skizoafektif telah menyebabkan terbatasnya penelitian yang menginformasikan penatalaksanaannya. Kenyataannya, tidak terdapat konsensus yang jelas untuk penanganan gangguan skizoafektif, sehingga penatalaksanaannya meminjam gangguan bipolar. Kasus ini juga menunjukkan bagaimana gangguan jiwa pada pasien adalah puncak gunung es dari berbagai aspek biopsikososial dan peran medis dalam menentukan keabsahan suatu entitas diagnostik dan penatalaksanaannya.

Daftar Pustaka

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
2. Jeffrey S. APA 2009: DSM-V on track for 2012, but difficult decisions lie ahead. *Medscape*. 26 May 2009.
3. Murru A, Pacchiarotti I, Nivoli AMA, Colom F, Vieta E. Is schizoaffective disorder still a neglected condition in the scientific literature? *Psychotherapy and psychosomatics* 2012; 81:389-90.
4. Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, Tandon R, Bustillo J, et al. Schizoaffective disorder in the DSM-5. *Schizophrenia Research*. 2013;150(1):21-5.
5. Murru, A., Manchia, M., Tusconi, M., Carpiniello, B., Pacchiarotti, I., Colom, F. and Vieta, E. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder. *Bipolar Disord*. 2016; 18:78-80.
6. Wilson, J.E., Nian, H. & Heckers, S. The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014; 264:29.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Press. 1994.