



Skizofrenia

Ridho Akbar Syafwan *

Universitas Andalas, Indonesia

Email : ridho.akbar26@gmail.com *

Abstract, *Schizophrenia is a complex psychiatric disorder, characterized by positive, negative, and significant cognitive impairment, and contributes significantly to global disability. This article is a literature review that comprehensively discusses the epidemiology, etiology, clinical features, diagnosis, and management of schizophrenia. The etiology of schizophrenia involves interactions between genetic, neurobiological, and environmental factors, including dysfunction of neurotransmitters such as dopamine, glutamate, and gaba. Diagnosis can be made based on the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) or the Guidelines for the Classification of Mental Disorder Diagnosis III (PPDGJ III), with an emphasis on the combination of major symptoms and the exclusion of other conditions. Management of Schizophrenia Includes Pharmacological Therapy With First and Second Generation Antipsychotics, As Well As Nonpharmacological Interventions Such As Cognitive-Behavioral Therapy, Social Skills Training, And Family Support. The Social Stigma And Economic Burden That Accompanies It Makes This Disorder A Multidimensional Challenge In The Health System. This Article Emphasizes The Importance Of A Sustained Multidisciplinary Approach To Improve The Prognosis And Quality Of Life Of People With Schizophrenia.*

Keywords: *antipsychotics, DSM-5, neurotransmitters, psychotic disorders, psychosocial therapy, schizophrenia.*

Abstrak, Skizofrenia Merupakan Gangguan Psikiatri Yang Kompleks, Ditandai Dengan Gejala Psikotik Positif, Negatif, Dan Gangguan Kognitif Yang Signifikan, Serta Berkontribusi Besar Terhadap Disabilitas Global. Artikel Ini Merupakan Tinjauan Literatur Yang Membahas Aspek Epidemiologi, Etiologi, Gambaran Klinis, Diagnosis, Dan Penatalaksanaan Skizofrenia Secara Komprehensif. Etiologi Skizofrenia Melibatkan Interaksi Antara Faktor Genetik, Neurobiologis, Dan Lingkungan, Termasuk Disfungsi Neurotransmitter Seperti Dopamin, Glutamat, Dan Gaba. Diagnosis Dapat Ditegakkan Berdasarkan Kriteria *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition (Dsm-5)* Atau Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa Iii (Ppdgj Iii), Dengan Penekanan Pada Kombinasi Gejala Utama Dan Eksklusi Kondisi Lain. Penatalaksanaan Skizofrenia Mencakup Terapi Farmakologis Dengan Antipsikotik Generasi Pertama Dan Kedua, Serta Intervensi Nonfarmakologis Seperti Terapi Kognitif-Perilaku, Pelatihan Keterampilan Sosial, Dan Dukungan Keluarga. Stigma Sosial Dan Beban Ekonomi Yang Menyertainya Menjadikan Gangguan Ini Sebagai Tantangan Multidimensional Dalam Sistem Kesehatan. Artikel Ini Menekankan Pentingnya Pendekatan Multidisipliner Yang Berkelanjutan Untuk Meningkatkan Prognosis Dan Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia.

Kata kunci: antipsikotik, DSM-5, gangguan psikotik, neurotransmitter, skizofrenia, terapi psikososial.

1. PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan salah satu dari sepuluh penyebab tersering disabilitas dalam gangguan psikiatri. Data menunjukkan persentase pengidap skizofrenia di dunia mencapai 1 %.(Hany et al., 2024) Charlson et al menyatakan bahwa 21 juta orang di seluruh dunia mengidap skizofrenia dan bertambah setiap tahunnya. Pada penelitian yang sama juga dinyatakan bahwa usia tertinggi pengidap skizofrenia adalah pada 25 – 54 tahun. Namun, angka masih bervariasi pada beberapa penelitian lainnya.(Charlson et al., 2018)

Skizofrenia adalah gangguan psikiatri dengan karakteristik adanya gejala psikotik (positif maupun negatif) disertai penurunan kognitif.(Hany et al., 2024) Dalam DSM V, skizofrenia ditandai dengan satu atau lebih dari lima domain gejala, yaitu delusi, halusinasi, disorganisasi berpikir, abnormalitas perilaku motorik, dan gejala negatif. Pendekatan diagnosis pada skizofrenia didasari pada anamnesis yang adekuat dan pemeriksaan fisik.(American Psychiatric Association, 2013a) Kemajuan teknologi pada imaging dan genetik pada beberapa tahun terakhir juga mulai mengambil peran dalam diagnosis dan tatalaksana pada skizofrenia.(Hany et al., 2024)

Catatan pertama mengenai kejadian penyakit seperti skizofrenia adalah pada tahun 1500 S.M yaitu pada Ebers Papyrus di Mesir. Setelah itu, skizofrenia dikenal dengan penyakit gila/madness dan dianggap disebabkan oleh hukuman dari tuhan atau kerasukan roh jahat. Hippokrates (460 – 377 S.M) mengawali pendekatan sains dengan mengaggap bahwa bahwa penyakit ini disebabkan oleh ketidakseimbangan cairan di dalam tubuh. Istilah skizofrenia pertama kali digunakan oleh Eugene Bleuler pada tahun 1900 yang diartikan sebagai *split minds* atau pikiran yang terpisah. Selain itu, terapi pada skizofrenia juga terus berkembang. Penggunaan obat anti psikotik pertama kali adalah pada tahun 1950 ketika klorpromazin ditemukan. (Angane, 2017)

Penelitian mengenai skizofrenia semakin berkembang seiring waktu. Sekarang skizofrenia diketahui terjadi akibat interaksi genetik dan lingkungan. Faktor keturunan sangat berperan dalam gangguan ini. Lu et al menemukan bahwa seseorang dengan riwayat keluarga skizofrenia 10 kali lebih berisiko daripada tanpa riwayat keluarga.(Lu et al., 2017) Meskipun peran genetik sangat besar, faktor lainnya diketahui juga turut terlibat seperti paparan terhadap stres, infeksi virus selama masa kehamilan, atau trauma masa kecil. Selain itu, kemajuan pendekatan neurobiologis makin memperkuat keilmuan mengenai gangguan ini. Salah satu contoh adalah dengan penggunaan PET Scan. Kesby et al membuktikan bahwa kejadian skizofrenia disebabkan oleh peningkatan abnormal neurotransmitter dopamine yang terlokalisasi di striatum. Perkembangan ini menunjukkan bahwa pemahaman mengenai skizofrenia lebih dapat dibuktikan secara ilmiah. (Kesby et al., 2018)

Dampak sosial dan ekonomi terjadinya gangguan skizofrenia cukup besar. Ketika seseorang mengidap skizofrenia, produktivitas dan integrasi sosial akan berkurang secara signifikan. (Killaspy et al., 2014) Hasil penelitian dari Yati et al menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat menganggap penderita gangguan ini berbahaya dan minim keinginan untuk sembuh.(Yati et al., 2024) Produktivitas penderita skizofrenia juga menurun terutama dalam pekerjaan. Mereka sulit mendapat pekerjaan disebabkan rasa percaya diri yang rendah. Sebuah

review dari Chong et al menemukan bahwa dampak ekonomi dunia terhadap gangguan ini berada pada rentang 92 Juta – 102 Miliar Dollar Amerika. (Chong et al., 2016)

Skizofrenia adalah permasalahan yang kompleks. Sejak dahulu gangguan ini sudah dikenal dan dijelaskan baik secara teologis maupun kini secara ilmiah. Berbagai pendekatan juga dilakukan untuk memahami gangguan ini lebih jelas. Hal ini disebabkan skizofrenia tidak hanya berdampak pada penderita, tetapi juga masyarakat secara luas. Bab ini bertujuan membahas skizofrenia mulai dari etiologi, faktor risiko, klinis, sampai tatalaksana dari skizofrenia.

Etiologi dan Faktor Risiko

Skizofrenia terjadi secara kronis dengan etiologi yang beragam. Penyebab skizofrenia diketahui merupakan interaksi dari faktor internal (genetik dan biologis) dan faktor eksternal/ lingkungan. (Ayano, n.d.) Dahulu skizofrenia dijelaskan melalui teori psikososial saja, namun sekarang neurobiologis juga mengambil peran dalam penjelasan terjadinya skizofrenia. Beberapa faktor yang berperan dalam gangguan ini sebagai berikut :

1. Faktor Genetik

Beberapa tahun terakhir faktor genetik diketahui berpengaruh besar terhadap kejadian skizofrenia. Risiko seseorang terkena skizofrenia meningkat secara signifikan jika memiliki anggota keluarga tingkat pertama (orang tua atau saudara kandung) yang mengalami gangguan ini. Risiko ini dapat meningkat sampai 10 kali lipat dibandingkan mereka yang tidak memiliki riwayat keluarga tersebut. (Lu et al., 2017) Selain itu, Wu et al dalam tulisannya menjelaskan bahwa terdapat 29 gen yang secara signifikan berperan pada gangguan skizofrenia. (Wu et al., 2016)

2. Abnormalitas anatomis

Gangguan perkembangan otak saat lahir dapat menjadi penyebab terjadinya skizofrenia. Paparan eksternal seperti infeksi virus (contohnya infeksi influenza pada trimester kedua kehamilan), malnutrisi, dan stres maternal dapat mengganggu perkembangan normal otak janin, yang pada gilirannya meningkatkan kerentanan terhadap skizofrenia di kemudian hari. (Fatani et al., 2017) Selain itu, penelitian menemukan bahwa perubahan struktural seperti pembesaran ventrikel lateral dan pengurangan volume di area tertentu (misalnya hipokampus, amigdala, dan korteks prefrontal). (Ayano, n.d.)

3. Disfungsi Neurotransmitter

Neurotransmitter telah terbukti berperan dalam mekanisme terjadinya skizofrenia. Salah satunya adalah disfungsi glutamat (glutamatergic dysfunction). (McCutcheon et al., 2023) Proses ini berhubungan dengan disfungsi dari interneuron di dalam korteks dan hipokampus.

Gejala utama yang muncul dari proses ini adalah defisit kognitif pada penderita gangguan skizofrenia. Selain itu, Neurotransmitter yang diketahui juga berperan penting dalam terjadinya skizofrenia adalah dopamin. Terdapat empat jalur dopamine yang memunculkan gejala pada skizofrenia sebagai mana disajikan dalam Tabel 1. (McCutcheon et al., 2023)

Peneliti juga menemukan adanya keterlibatan neurotransmitter lain seperti serotonin, norepinefrin, maupun G – Aminobutyric Acid (GABA).(Hany et al., 2024) Serotonin yang berlebihan dapat memunculkan gejala positif maupun negatif sekaligus. Norepinefrin bekerja dengan terjadinya degenerasi pada norepinephrine reward neural system yang memicu gejala anhedonia. Selain itu, GABA yang merupakan regulator inhibisi dari dopamine sehingga gangguan padanya memicu hiperaktivitas dari dopamin. (Arya et al., 2018)

Tabel 1. Jalur Dopamin Yang Memunculkan Gejala Pada Skizofrenia (Mccutcheon Et Al., 2023)

Jalur Dopamin	Mekanisme
Nigrostriatal	Rendahnya level dopamin memicu sistem ekstrapiramidal sehingga memunculkan gejala motorik
Mesolimbik	Lebihnya dopamin pada jalur ini memicu munculnya gejala positif
Mesokortikal	Rendahnya level dopamine membuat gejala negatif
Tubero-infundibular	Blokade dopamin pada jalur ini menimbulkan gejala galaktorea, amenorea, dan menurunnya libido

4. Faktor psikososial

Teori psikodinamik merupakan salah satu teori tertua dalam menjelaskan skizofrenia. Sigmund Freud merupakan tokoh yang membuat pendekatan ini. Walaupun beberapa ahli mengkritik penggunaan pendekatan ini, namun beberapa penelitian menunjukkan keberhasilan terapi berdasarkan pendekatan ini. Berdasarkan formulasi psikoanalitik, pengalaman tidak menyenangkan saat masa anak – anak dapat memunculkan konflik antara id, ego, dan superego di kemudian hari. Skizofrenia muncul akibat adanya disintegrasi ego. Kondisi ini akan

membuat seseorang kesulitan untuk mengontrol id (insting hewani). Ketika ini terjadi, seseorang akan sulit membedakan realita dan imajinasi sehingga memunculkan gejala psikotik. (Rupani & Sousa, 2017)

5. Faktor stress

Stress dapat memicu gejala pada individu yang rentan. Hal ini dijelaskan dalam teori “stress- vulnerability model”, yaitu stress yang berlebihan dapat memicu munculnya gejala pada individu dengan predisposisi genetik atau biologis. Selain itu, stress juga dapat memperburuk kondisi penderita skizofrenia. Beberapa intervensi dan dukungan sosial terbukti dapat meringankan gejala dari gangguan ini. (Mills et al., 2022)

Etiologi dan mekanisme pasti terjadinya skizofrenia masih terus diteliti hingga saat ini. Kompleksitas dan ragam faktor yang mendasari terjadinya skizofrenia menimbulkan berbagai pendekatan dalam diagnosis maupun tatalaksana. Oleh karena itu, pendekatan yang komprehensif dan tatalaksana yang tepat perlu dilakukan pada penderita gangguan skizofrenia ini.

Gejala dan Tanda Klinis Skizofrenia

Skizofrenia dikenal sebagai gangguan mental yang kompleks dengan spektrum gejala yang luas. Gangguan ini dapat mempengaruhi aspek kognitif, emosi, dan perilaku individu. (Hany et al., 2024) Gejala dan tanda dari skizofrenia dibagi menjadi tiga domain secara garis besar : gejala positif, gejala negatif, dan gangguan kognitif. (Fitrikasari & Kartikasari, 2022)

Gejala positif adalah gejala yang muncul pada penderita skizofrenia dan tidak ditemukan pada orang normal. Gejala ini merupakan kondisi psikotik, yaitu keadaan ketika seseorang mengalami perubahan dalam berpikir, bertindak, dan menerima pengalaman. Beberapa macam dari gejala positif adalah seperti delusi, halusinasi, gangguan piker atau bicara, atau perilaku abnormal. (Wang et al., 2023)

- **Halusinasi**

Halusinasi adalah munculnya persepsi sensorik tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan. Pada skizofrenia halusinasi dapat terjadi visual, auditorik, maupun sensorik. Ketika terjadi halusinasi visual, seseorang dapat mengaku melihat sesuatu yang sebenarnya tidak dapat dilihat orang normal. Hal yang sama terjadi pada halusinasi sensorik dan auditorik. (Rosenbrock et al., 2023)

- **Delusi/ Waham**

Delusi adalah keyakinan kuat mengenai diri yang tidak realistis ataupun tidak sejalan dengan kenyataan (fixed false belief). Delusi juga terbagi menjadi beberapa jenis seperti

kebesaran (*grandiose*), paranoid, referens, maupun lainnya. Koreksi dari delusi sangat sulit bahkan ketika diberikan bukti yang bertentangan. (Hany et al., 2024)

- **Gangguan pikiran dan bicara**

Gejala ini dikenal dengan istilah "gangguan asosiasi" atau "gangguan proses berpikir." Hal ini terlihat dari cara bicara penderita yang tidak koheren. Pasien dapat menunjukkan tanda seperti bicara tidak koheren, *flight of ideas* (banyak bicara tidak sesuai konteks), maupun penggunaan kata atau bahasa yang sulit dimengerti (*neologisme*). (Fitrikasari & Kartikasari, 2022)

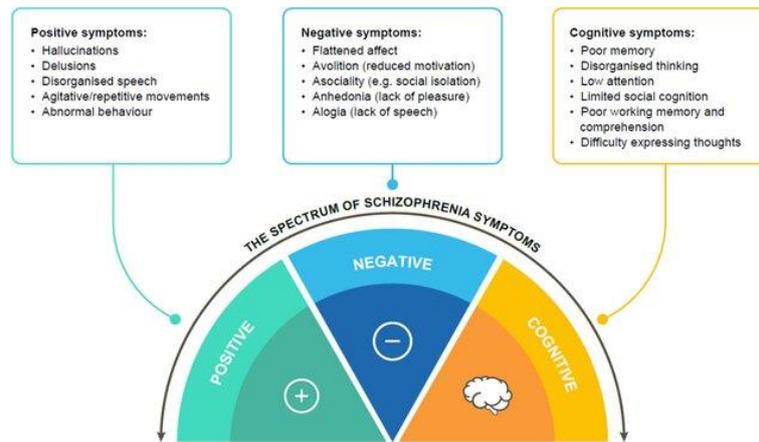
- **Perilaku abnormal ekstrim**

Pasien skizofrenia dapat mengalami kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari – hari. Hal ini dapat terlihat dengan cara berpakaian, kebersihan diri, dan aktivitas fisik yang aneh. Pada beberapa kasus ditemukan, penderita skizofrenia mengalami *katatonia*, yaitu keadaan pasien berada dalam posisi tertentu untuk waktu yang lama atau menunjukkan perilaku yang kaku dan tidak responsif. (Jain & Mitra, 2023)

Gejala negatif adalah gejala yang dapat terjadi pada orang normal namun makin berat pada penderita skizofrenia. Beberapa karakteristik gejala yang muncul adalah seperti tidak adanya motivasi, tidak adanya kesenangan, dan tidak adanya perhatian. Beberapa kondisi yang merupakan gejala negatif adalah seperti, (Correll & Schooler, 2020)

- Afek datar
- Avolition – apatis (berkurangnya motivasi)
- Alogia (berkurangnya bicara)
- Anhedonia (tidak ada kesenangan)
- Asosial (mengisolasi diri secara sosial)

Gangguan kognitif adalah salah satu penyebab sulitnya penderita skizofrenia melakukan kegiatan sehari- sehari. Gangguan kognitif yang dapat ditemukan adalah seperti berkurangnya memori, berkurangnya perhatian, miskin pemahaman, kesulitan mengekspresikan pikiran. (McCutcheon et al., 2023)



Gambar 1. Tanda dan Gejala Skizofrenia. (Fitrikasari & Kartikasari, 2022)

Tanda dan gejala skizofrenia yang lain adalah afektif dan agresif. Gejala afektif adalah gangguan yang nyata dalam emosi. Misalnya mood depresi, iritabilitas, cemas, kekhawatiran, rasa bersalah dan adanya ketegangan (*tension*). Adapun gejala agresif adalah sejumlah perilaku yang dapat melukai orang lain, atau diri sendiri, contohnya tindak kekerasan fisik, verbal, seksual, penyerangan, hostilitas, merusak benda dan perilaku melukai diri sendiri.

Diagnosis dan Klasifikasi Skizofrenia

Penegakkan diagnosis skizofrenia melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan status mental. Saat ini DSM V masih menjadi salah satu acuan dalam penegakkan diagnosis skizofrenia. Berikut merupakan poin – poin utama penegakkan skizofrenia. (American Psychiatric Association, 2013b)

1. Gejala utama (Gejala Karakteristik):

Skizofrenia setidaknya memiliki 2 dari 5 gejala utama, yaitu delusi, halusinasi, gangguan organisasi bicara, gangguan organisasi perilaku/ katatonik, dan gejala negatif. Dari dua gejala tersebut, salah satunya harus merupakan delusi, halusinasi, atau gangguan organisasi bicara. Gejala tersebut, masing-masing terjadi dalam porsi waktu yang signifikan selama periode 1 bulan (atau kurang jika berhasil diobati).

2. Durasi Gejala

Tanda kontinu gangguan berlangsung selama setidaknya enam bulan. Dalam enam bulan tersebut, harus terdapat di dalamnya satu bulan gejala sesuai dengan kriteria di atas dan dapat mencakup periode gejala prodromal atau residual ini. Selama periode gejala prodromal atau residual ini, tanda gangguan dapat bermanifestasi sebagai gejala negatif saja atau dua atau lebih gejala yang disebutkan di atas yang muncul dalam bentuk yang lebih lemah.

3. Eksklusi kondisi lain

Skizofrenia hanya dapat ditegakkan setelah eksklusi gangguan lain yang serupa. Dalam hal ini, gangguan mental organik, penggunaan zat psikoaktif, dan gangguan mood/skizoafektif harus dipastikan tereksklusi.

Dalam DSM IV, skizofrenia diklasifikasikan menjadi beberapa bentuk: (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016)

- *Paranoid type*
- *Disorganized type*
- *Catatonic type*
- *Undifferentiated type*
- *Residual type*

Namun, penggunaan klasifikasi ini sekarang sudah tidak digunakan lagi. Berdasarkan DSM V, klasifikasi skizofrenia sudah ditiadakan disebabkan kurangnya makna klinis yang mempengaruhi terapi. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016)

Penggunaan skoring digunakan dalam pendekatan diagnosis skizofrenia. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) digunakan untuk menilai gejala positif dan negative pada penderita gangguan skizofrenia. Terdapat dua jenis dari skoring ini yaitu dengan 30 item dan 6 item. Kedua skoring ini sama, namun PANSS- 30 lebih komprehensif dalam menilai gejala yang terjadi. Selain itu, skoring lainnya yang juga dapat digunakan adalah The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) dan The World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). (Hany et al., 2024)

Diagnosa banding skizofrenia diantaranya gangguan psikotik sekunder, *malingering* (berpura-pura), gangguan psikotik lainnya, gangguan mood, dan gangguan kepribadian. Gangguan psikotik sekunder adalah gangguan psikotik / katatonik yang terjadi akibat kondisi medik umum, atau kondisi psikotik yang terinduksi zat. Oleh karenanya, klinisi harus mempertimbangkan serangkaian luas kondisi medis nonpsikiatrik pada diagnose banding psikosis, bahkan pada keadaan tidak adanya gejala fisik yang nyata. (American Psychiatric Association, 2013b)

Pada pasien yang menyerupai gejala skizofrenia, namun sebenarnya tidak mengidap gangguan tersebut, diagnosa *malingering* (berpura-pura) dapat ditegakkan. Kondisi pasien yang sepenuhnya dapat mengendalikan produksi gejala mereka mungkin memenuhi syarat untuk diagnose *malingering* (berpura-pura) ini. Pasien seperti ini biasanya memiliki suatu

alasan hukum atau finansial yang jelas untuk dapat dianggap menderita sakit jiwa. (American Psychiatric Association, 2013b)

Penatalaksanaan dan Pengobatan Skizofrenia

Penatalaksanaan Skizofrenia terbagi menjadi beberapa pendekatan. Secara garis besar, tatalaksana skizofrenia dibagi menjadi farmakologi dan non farmakologi. Pemilihan terapi yang digunakan harus disesuaikan dengan derajat keparahan dan kondisi pasien.

Intervensi psikososial merupakan salah satu pilihan terapi yang dapat dilakukan pada penderita gangguan skizofrenia. Intervensi psikososial dapat dikombinasikan dengan pendekatan farmakologis. Hal ini diketahui dapat meningkatkan hasil perbaikan yang didapatkan. (Ayano, n.d.)

Tabel 2. Berbagai Alternatif Terapi Pasien Skizofrenia ((Ayano, N.D.)

Jenis Intervensi	Penjelasan
Psychoeducation	Intervensi ini berfokus pada penyediaan informasi mengenai kondisi dan strategi penatalaksanaan. Pemberian informasi harus dilaksanakan dengan sejelas mungkin supaya proses terapi berjalan dengan baik.
Cognitive Behavioral Therapy	Intervensi ini bertujuan untuk membuat koneksi secara eksplisit antara pikiran, emosi, dan perilaku dengan tetap menghargai masalah pada masa lalu. Pada akhirnya, pasien diharapkan dapat menerima kondisi mereka sehingga dapat mengurangi stress sosial dan meningkatkan fungsi sehari – hari.
Social skill training	Tujuan dari intervensi ini adalah untuk melatih kemampuan interpersonal sehingga dapat mengurangi kesulitan dalam bersosialisasi.
Family intervention	Intervensi ini dilakukan pada level keluarga. Keluarga diyakini memiliki kedekatan hubungan sehingga dapat

	menjadi faktor predisposisi terjadinya stress pada pasien. Intervensi bertujuan untuk membantu keluarga sehingga dapat terjadi komunikasi dan dukungan kepada pasien.
Art therapies	Intervensi ini dapat membantu pasien dalam berekspresi. Selain itu, intervensi ini dapat membantu pasien untuk mengorganisasikan pikiran ke dalam suatu bentuk lainnya.
Cognitive remediation	Terapi perilaku ini berguna terutama untuk mereka yang mengalami gangguan kognitif yang mengganggu kehidupan sehari – hari. Intervensi ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dalam menerima informasi, meningkatkan atensi, dan memori.

Pendekatan terapi dengan obat – obatan merupakan salah satu yang utama dalam penatalaksanaan skizofrenia. Medikamentosa yang utama digunakan adalah obat – obatan anti psikotik. Obat ini diklasifikasikan menjadi generasi pertama dan kedua. Pemilihan kedua jenis obat ini tidak ada preferensi yang pasti, namun penelitian menemukan bahwa anti psikotik generasi kedua memiliki efek samping ekstrapiramidal yang lebih rendah daripada generasi pertama. Salah satu obat yang paling sering digunakan sebagai lini pertama adalah risperidone. (Markowicz-Piasecka et al., 2024)

Tabel 3. Terapi Farmakologi Pasien Skizofrenia (Markowicz-Piasecka Et Al., 2024)

Generasi Pertama (Tipikal)	Generasi Kedua (Atipikal)
Trifluoperazin	Clonzapine
Flufenazin	Olanzapine
Haloperidol	Risperidone
Pimozid	Quetiapine

Prognosis

Perbaikan kondisi pada pasien skizofrenia dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pasien yang mengalami skizofrenia masih dalam tahap akut dan tinggal di negara maju memiliki prognosis yang lebih baik. Namun, beberapa kondisi dapat menjadi lebih berat seperti pada skizofrenia dengan onset anak – anak atau remaja atau adanya penggunaan obat – obatan psikoaktif. Selain itu, bunuh diri pada penderita skizofrenia merupakan salah satu penyebab paling sering kematian prematur. Angka ide bunuh diri penderita skizofrenia mencapai lebih dari 60%. (Hany et al., 2024) Pemberian terapi yang tepat dan adekuat dan meningkatkan terjadinya remisi pada gangguan ini. Remisi pada skizofrenia mencapai 20 – 60%. (Yeomans et al., 2010)

REFERENSI

- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Angane, A. (2017). The divine madness: A history of schizophrenia. *Annals of Indian Psychiatry*, 1(2), 133. https://doi.org/10.4103/AIP.AIP_31_17
- Arya, A., Sindhwani, G., & Kadian, R. (2018). NEUROTRANSMITTER AND BRAIN PARTS INVOLVED IN SCHIZOPHRENIA. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 11(6), 4. <https://doi.org/10.22159/ajpcr.2018.v11i6.24557>
- Ayano, G. (n.d.). Schizophrenia: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of literatures. Retrieved November 4, 2024, from https://www.researchgate.net/publication/318012024_Schizophrenia_A_Concise_Overview_of_Etiology_Epidemiology_Diagnosis_and_Management_Review_of_literatures
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., & Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBY058>
- Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B. C., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 357. <https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 519. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
- Fatani, B. Z., Aldawod, R. A., & Alhawaj, F. A. (2017). Schizophrenia: Etiology, Pathophysiology and Management: A Review. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69(6), 2640–2646. <https://doi.org/10.12816/0042241>

- Fitrikasari, A., & Kartikasari, L. (2022). *Buku Ajar Skizofrenia*.
- Hany, M., Rehman, B., Azhar, Y., & Chapman, J. (2024). Schizophrenia. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
- Jain, A., & Mitra, P. (2023). Catatonic Schizophrenia. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563222/>
- Kesby, J. P., Eyles, D. W., McGrath, J. J., & Scott, J. G. (2018). Dopamine, psychosis and schizophrenia: the widening gap between basic and clinical neuroscience. *Translational Psychiatry*, 8(1), 30. <https://doi.org/10.1038/S41398-017-0071-9>
- Killaspy, H., White, S., Lalvani, N., Berg, R., Thachil, A., Kallumpuram, S., Nasiruddin, O., Wright, C., & Mezey, G. (2014). The impact of psychosis on social inclusion and associated factors. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 148. <https://doi.org/10.1177/0020764012471918>
- Lu, Y., Pouget, J. G., Andreassen, O. A., Djurovic, S., Esko, T., Hultman, C. M., Metspalu, A., Milani, L., Werge, T., & Sullivan, P. F. (2017). Genetic risk scores and family history as predictors of schizophrenia in Nordic registers. *Psychological Medicine*, 48(7), 1201. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002665>
- Markowicz-Piasecka, M., Kubisiak, M., Asendrych-Wicik, K., Kołodziejczyk, M., Grzelińska, J., Fabijańska, M., & Pietrzak, T. (2024). Long-Acting Injectable Antipsychotics—A Review on Formulation and In Vitro Dissolution. *Pharmaceutics*, 16(1). <https://doi.org/10.3390/PHARMACEUTICS16010028>
- McCutcheon, R. A., Keefe, R. S. E., & McGuire, P. K. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Molecular Psychiatry* 2023 28:5, 28(5), 1902–1918. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9>
- Mills, C., Montenegro, C. R., Hart, A., & Demke, E. (2022). The Vulnerability-Stress-Model—Holding Up the Construct of the Faulty Individual in the Light of Challenges to the Medical Model of Mental Distress. *Frontiers in Sociology*, 7, 833987. <https://doi.org/10.3389/FSOC.2022.833987>
- Rosenbrock, H., Desch, M., & Wunderlich, G. (2023). Development of the novel GlyT1 inhibitor, iclepertin (BI 425809), for the treatment of cognitive impairment associated with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(7), 1557–1566. <https://doi.org/10.1007/S00406-023-01576-Z>
- Rupani, K., & Sousa, A. De. (2017). Psychodynamic Theories Of Schizophrenia – Revisited. *Indian Journal of Mental Health(IJMH)*, 4(1), 06. <https://doi.org/10.30877/IJMH.4.1.2017.6-15>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). *DSM-IV to DSM-5 Schizophrenia Comparison*.
- Wang, X., Chang, Z., & Wang, R. (2023). Opposite effects of positive and negative symptoms on resting-state brain networks in schizophrenia. *Communications Biology* 2023 6:1, 6(1), 1–12. <https://doi.org/10.1038/s42003-023-04637-0>

- Wu, Y., Yao, Y.-G., & Luo, X.-J. (2016). SZDB: A Database for Schizophrenia Genetic Research. *Schizophrenia Bulletin*, sbw102. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw102>
- Yati, P., Nathania, N. N., Rismawati, A., Lusiana, S., Clara, A. N., Bin Solihin, ny, Fatma Sari, E., Studi Bimbingan Penyuluhan Islam, P., & Dakwah dan Komunikasi, F. (2024). Stigma Masyarakat Terhadap Penderita Skizofrenia. *Proceeding Conference on Psychology and Behavioral Sciences*, 3, 421–436. <https://doi.org/10.61994/CPBS.V3I.149>
- Yeomans, D., Taylor, M., Currie, A., Whale, R., Ford, K., Fear, C., Hynes, J., Sullivan, G., Moore, B., & Burns, T. (2010). Resolution and remission in schizophrenia: getting well and staying well. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(2), 86–95. <https://doi.org/10.1192/APT.BP.108.006411>