

Tinjauan Pustaka

Mengenal dan Tata Laksana Agitasi Pada Skizofrenia di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit

Rina Amtarina

ABSTRACT

Agitation is common condition that can be found in psychotic disorder such as schizophrenia. Agitation is marked by restlessness, excessive motoric and verbal. This condition caused the patient brought to emergency because the crucial condition. It is challenging for medical staff to make an accurate diagnosis and manage the agitated patient. Agitation can go up into aggressive behavior and endangering everyone. In this literature review, we will discuss treatment to reduce agitation in schizophrenic patients.

Keywords: agitation, aggressive, emergency care unit, psychotic, treatment

Skizofrenia adalah penyakit otak yang serius dan dapat berlangsung kronik. Tanda-tanda awal skizofrenia dapat terlihat berupa perubahan perilaku seperti isolasi sosial, afek datar dan perilaku aneh. Gangguan kognitif dan defisit fungsi psikososial juga dapat dijumpai pada awal serangan.^{1,2} Fase awal ini disebut sebagai periode prodromal. Karakteristik dari periode prodromal biasanya ditandai dengan adanya perubahan dan kemunduran pada fungsi hidup sehari-hari. Perubahan ini memengaruhi kemampuannya untuk belajar, mempertahankan pekerjaannya dan atau bahkan mempertahankan hubungannya dengan orang-orang di sekitar. Penyakit ini dapat menurunkan kualitas hidup seseorang.³

Penyebab berkembangnya skizofrenia sampai saat ini belum jelas. Faktor genetik dan faktor lingkungan dianggap berkontribusi dalam berkembangnya gejala skizofrenia. Faktor-faktor tersebut dapat berkembang mulai dari masa kehamilan, masa kanak-kanak, remaja hingga dewasa. Gejala skizofrenia yang timbul biasanya disebabkan karena adanya interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan.⁴⁻⁷

Gejala gangguan skizofrenia dapat berupa gejala psikotik yang terbagi menjadi gejala positif,

gejala negatif dan gangguan kognitif. Gejala positif biasanya ditandai dengan adanya halusinasi dan waham. Gejala negatif bisa berupa penarikan diri secara sosial, afek datar dan hilangnya minat. Pasien skizofrenia juga rentan mengalami episode agitasi akut sehingga harus dibawa ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit.

Agitasi ditandai dengan perilaku gaduh gelisah baik berupa motorik atau verbal yang berlebihan. Kondisi gaduh gelisah tersebut terkadang menyulitkan untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Salah satu standar pelayanan dalam intervensi agitasi akut adalah dengan cara restrain dan seklusi. Penanganan dengan cara ini ternyata memiliki dampak negatif. Pasien dapat melihat ini sebagai pengalaman yang menakutkan.⁸

Pemberian obat-obatan kimiawi untuk menenangkan pasien juga dapat menjadi pilihan. Efek sedasi yang ditimbulkan dapat menurunkan tingkat agitasi namun terkadang sedasi berlebihan dapat mengaburkan penegakan diagnosis. Sedasi tersebut sering disalahartikan sebagai bentuk gejala negatif atau gangguan kognitif. Kepatuhan pasien juga dapat berkurang karena beberapa pasien tidak suka dengan efek sedasi yang berlebihan.⁹ Manajemen agitasi dengan penggunaan obat-obatan kimiawi sudah berkembang pesat untuk memenuhi standar tatalaksana agitasi yang lebih efektif untuk keselamatan pasien.

* Corresponding author : rina.amtarina@lecturer.unri.ac.id

¹ Fakultas Kedokteran Universitas Riau, Pekanbaru, Riau,

Evaluasi Pemeriksaan medis

Agitasi dapat disebabkan oleh berbagai macam kondisi medis seperti trauma kepala, infeksi, penyakit tiroid, penyalahgunaan zat, dan gangguan mental.⁸ Penyebab gaduh gelisah perlu dinilai apakah kasusnya medik organik atau murni fungsional psikiatrik atau kombinasi keduanya.¹⁰ Untuk mengidentifikasi penyebab agitasi dalam kondisi pasien yang gelisah memiliki kesulitan sendiri. Evaluasi pemeriksaan medis yang dapat dilakukan dalam kondisi pasien gelisah meliputi riwayat penyakit singkat dan pemeriksaan tanda vital. Pasien agitasi dengan dugaan penyebabnya adalah organik atau metabolik seperti trauma kepala, infeksi dan lain-lain, perlu pemantauan dan pemeriksaan dari klinisi-klinisi terkait. Evaluasi tanda vital yang abnormal, kadar gula darah, kadar elektrolit, fungsi ginjal, fungsi jantung perlu dilakukan.⁸

Agitasi yang disebabkan murni karena gangguan mental atau gangguan psikiatrik, tidak akan ditemukan suatu kelainan pada pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan fisik, laboratorium dan penunjang lainnya. Pada kasus seperti ini, maka

perlu menanyakan riwayat gangguan mental sebelumnya pada anggota keluarga. Agitasi yang dijumpai pertamakali tanpa ada riwayat gangguan mental, dapat dilakukan pengamatan atau observasi perilaku selama di IGD dan wawancara singkat jika memungkinkan. Diagnosis gangguan jiwa ditegakkan berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III). Pada kasus agitasi yang telah diyakini merupakan gangguan mental fungsional/psikiatrik, Dokter di IGD harus tetap menelusuri semua kemungkinan penyebab gaduh gelisah meskipun dinyatakan tidak ada kelainan.¹¹

Pasien agitasi dengan hasil pemeriksaan medis tidak ditemukan kelainan dan tidak ada riwayat penyakit fisik yang berat, dapat diduga merupakan gangguan mental fungsional. Gangguan mental fungsional seperti skizofrenia, gangguan bipolar, depresi dan gangguan skizoafektif sering dijumpai mengalami agitasi. Tabel 1 menunjukkan perbedaan antara agitasi pada skizofrenia dengan gangguan mental lainnya.¹²

Tabel 1. Membedakan agitasi pada skizofrenia dengan kondisi medis lainnya.¹²

Penyakit	Elemen pemeriksaan	Gejala dan Tanda
Gangguan Depresi Mayor	Riwayat penyakit depresi (+)	Gejala Psikotik hanya dijumpai selama episode mood berlangsung
Gangguan Bipolar	Riwayat penyakit bipolar (+)	Gejala Psikotik hanya dijumpai selama episode mood berlangsung
Demensia	Pemeriksaan Kognitif	Gangguan daya ingat (+) Gangguan konsentrasi (+)
Delirium	Riwayat perjalanan penyakit dan pemeriksaan kognitif	Onset tiba-tiba, fluktuatif, disorientasi atau gangguan kognitif
Gangguan psikotik yang diinduksi penyalahgunaan zat psikoaktif	Riwayat penggunaan zat (+)	Ada penggunaan zat psikoaktif

Diagnosis skizofrenia ditegakkan berdasarkan PPDGJ III yang ditandai dengan adanya gejala psikotik yang menonjol dibandingkan gejala mood. Gejala psikotik tersebut dapat meliputi halusinasi dan atau waham. Pada skizofrenia juga tidak ada

ditemukan gangguan daya ingat seperti halnya pada kondisi demensia. Kesadaran pasien skizofrenia biasanya compos mentis, berbeda dengan kondisi delirium.^{11,12}

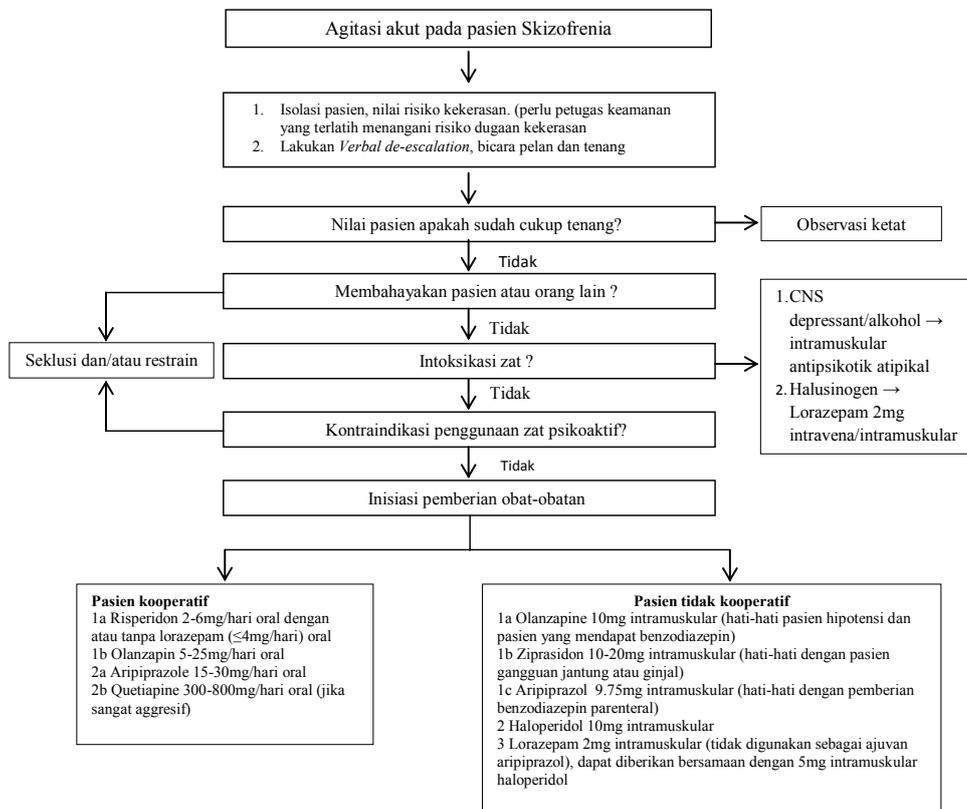
Pemeriksaan Status Mental Psikiatri

Kondisi gaduh gelisah yang berat dapat menyulitkan evaluasi pemeriksaan psikiatri. Pemeriksaan singkat sebaiknya tetap harus dilakukan untuk dapat menegakkan penyebab agitasi meskipun situasi sulit.⁸ Hal ini penting agar dapat memberikan tatalaksana yang tepat untuk pasien tersebut. Dalam banyak kasus, pemeriksaan awal dapat dilakukan melalui observasi perilaku pasien di IGD dan laporan dari keluarga. Pemeriksaan selanjutnya adalah memeriksa tingkat kesadaran pasien, gangguan kognitif, intoksikasi atau withdrawal, atau gangguan psikiatrik lainnya.

Beberapa skala atau parameter dikembangkan sebagai standar penilaian agitasi. Skala *overt agitation severity scale* yang dikembangkan oleh Yudofsky tahun 1997 dan *agitated behavior scale* yang dikembangkan Corrigan tahun 1998, lebih banyak digunakan pada kondisi gaduh gelisah yang disebabkan oleh trauma kepala. Skala PANSS-EC (*Positive and negative syndrome scale, excited component*) lebih tepat digunakan untuk mengukur parameter gaduh gelisah pada pasien-pasien psikiatri. Skala ini dengan tepat dapat mencakup

semua defenisi agitasi mulai dari kecemasan hingga agresivitas. Skala PANSS EC ini juga mencerminkan tiga komponen agitasi yaitu emosi yang tidak terkontrol, perilaku motorik/vokal yang berlebihan, tidak bertujuan dan tidak serasi.⁹

PANSS EC merupakan alat ukur yang valid dalam menilai berat ringannya gejala skizofrenia.¹³ PANSS EC terdiri atas lima item yaitu gaduh gelisah, ketegangan, permusuhan, ketidakkooperatifan dan pengendalian impuls yang buruk. Penilaian skor tersebut menggunakan skala 1 hingga 7. Skor total diperoleh dengan menjumlahkan skor dari kelima item PANSS EC tersebut. Skor PANSS EC yang semakin tinggi menunjukkan gejala atau risiko perilaku kekerasan yang tinggi. Dengan mengukur skor PANSS EC, kita dapat mengetahui dan memilih manajemen yang tepat untuk pasien tersebut. Masalah keselamatan dan keamanan pasien, petugas kesehatan dan orang lain sekitarnya menjadi perhatian yang utama. Bagan dibawah menunjukkan alur penanganan pasien dengan agitasi. Pasien-pasien dengan skor PANSS EC yang tinggi dan tidak kooperatif dapat segera dilakukan isolasi, seklusi ataupun restrain jika memungkinkan.



Gambar 1. Alur manajemen pasien agitasi pada skizofrenia.⁹

Agitasi pada skizofrenia berbeda dengan agitasi pada gangguan mental organik. Pada skizofrenia, tanda-tanda vital biasanya dalam batas normal. Hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium serta penunjang lainnya tidak akan menunjukkan kelainan. Gangguan mental organik seperti kondisi delirium bahkan dapat disertai dengan adanya perubahan kesadaran. Agitasi pada skizofrenia biasanya pasien berada dalam keadaan sadar penuh.

Manajemen Agitasi : Intervensi Non Farmakologis.

Pendekatan non farmakologis juga direkomendasikan sebagai salah satu teknik untuk menenangkan pasien agitasi. Terapi non farmakologis dapat berupa isolasi dan restrain. Teknik isolasi atau seklusi adalah dengan menempatkan pasien pada ruang tertentu dengan tujuan untuk keselamatan pasien maupun orang lain. Ruang tersebut memisahkan pasien dengan orang ataupun pasien lain hingga pasien lebih tenang. Pilihan isolasi dan restrain dilakukan jika situasi yang sangat berbahaya dengan risiko perilaku kekerasan yang tinggi. Verbal de-eskalasi merupakan suatu teknik menenangkan atau menurunkan ketegangan pasien secara verbal dengan membujuk atau berbicara pelan.^{9,14,15}

Manajemen Agitasi : Intervensi Farmakologis.

Obat-obatan yang dapat digunakan untuk mengatasi gaduh gelisah terdiri atas empat golongan yaitu barbiturat, benzodiazepin, antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal. Selama bertahun-tahun, golongan barbiturat dan antipsikotik tipikal diberikan secara injeksi intramuskular untuk mengatasi gaduh gelisah. Pemberian obat pada kondisi agitasi akut mempertimbangkan respon obat antipsikotik sebelumnya, profil efek samping obat dan riwayat medis saat ini. Pemberian dapat tunggal namun dapat juga diberikan bersamaan dengan obat golongan benzodiazepin. Kombinasi yang paling sering digunakan adalah injeksi haloperidol 5mg dan lorazepam 2mg secara intramuskular.⁹

Sebanyak 93% pasien lebih memilih pemberian secara oral karena menganggap tindakan injeksi sebagai tindakan yang kasar dan menakutkan. Beberapa penelitian lanjutan juga menemukan bahwa pemberian secara oral sama efektifnya dengan obat yang diberikan secara injeksi intramuskular. Perkembangan selanjutnya muncul obat antipsikotik atipikal dengan efek samping ekstrapiramidal yang lebih rendah. Antipsikotik atipikal juga sama efektifnya untuk mengatasi gaduh gelisah. Berdasarkan hal ini, berkembang suatu konsensus tatalaksana gaduh gelisah dengan menetapkan bahwa pemberian obat secara oral dari golongan antipsikotik atipikal dapat juga sebagai pilihan pertama sebagai terapi agitasi. Konsensus gawat darurat tahun 2005 menetapkan beberapa obat antipsikotik atipikal yg digunakan utk gaduh gelisah adalah olanzapin oral dan risperidon oral. Benzodiazepin dapat diberikan sebagai kombinasi pada kedua antipsikotik atipikal tersebut pada keadaan gaduh gelisah yang berat.⁹

Antipsikotik Tipikal

Haloperidol merupakan obat antipsikotik tipikal yang paling sering digunakan untuk mengatasi gaduh gelisah. Mekanisme kerjanya dengan cara menghambat dopamin, histamin dan noradrenalin. Obat ini efektif menangani gaduh gelisah tetapi memiliki efek samping ekstrapiramidal. Untuk mengatasi efek samping ekstrapiramidal, dapat diberikan antikolinergik sebagai pencegahan. Klorpormazin tidak disarankan untuk digunakan karena efek hipotensif dan pemanjangan interval Q_t_c .⁹

Antipsikotik Atipikal

Obat-obatan antipsikotik atipikal seperti aripiprazol, olanzapin, risperidon, quetiapin dan ziprazidon mulai direkomendasikan sebagai anti agitasi karena memiliki efek samping ekstrapiramidal yang lebih ringan. Perbandingan obat-obat tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini.^{9,16}

Tabel 2 Antipsikotik Atipikal^{9,16}

Jenis obat	Karakteristik	Onset kerja	Waktu paruh
Aripiprazol (oral/IM)	Risiko peningkatan berat badan (BB) rendah, somnolen	3-5 jam	75-146 jam
Olanzapin (oral/IM)	Sedasi, somnolen, peningkatan BB, hindari kombinasi dengan benzodiazepin (risiko hipotensi)	15-45 menit	21-54 jam
Quetiapin (oral)	Untuk pasien yang agresif	1.5 jam	6 jam
Risperidon (oral)	Tidak ada sediaan injeksi	1-2 jam	20-24 jam
Ziprasidon (oral/IM)	Risiko peningkatan berat badan (BB) rendah, hati hati dengan pasien gangguan ginjal, pemanjangan interval QT	30-45 menit	2-5 jam (IM) 7jam (oral)

Ket : IM: Intramuskular

Obat Golongan Benzodiazepin

Obat-obat golongan benzodiazepin memiliki efek anti agitasi dengan mekanisme modulasi neurotransmisi GABA *γ-aminobutyric acid*. Golongan ini memiliki efek samping ekstrapiramidal

yang lebih rendah dibandingkan antipsikotik tipikal. Kelemahan dari obat ini adalah dapat menimbulkan depresi pernafasan, ataksia dan sedasi yang berlebihan. Efek sedasi yang berlebihan ini dapat menyulitkan penegakan diagnosis.⁹

Tabel 3. Benzodiazepin untuk kasus agitasi⁹

Jenis Obat	Karakteristik	Onset kerja	Waktu paruh
Clonazepam (oral/IM)	Tidak direkomendasikan: efikasi terbatas, meningkatkan psikotik atau agitasi	20-60 menit	19-50 jam
Diazepam (oral/IM)	Efek sedasi memanjang, kurang disarankan pemberian secara IM	0.5-2 jam (oral)	30-60jam
Lorazepam (oral/IM)	Lebih disarankan, penyerapan secara IM cepat	1-1.5 jam	12-15 jam
Midazolam (oral/IM)	Efektif untuk agitasi motorik, efek sedasi jangka pendek	5-15 menit (IM) 10-130 menit (oral)	1-4 jam

Ket : IM: Intramuskular

Lorazepam merupakan pilihan yang paling sering digunakan dari golongan benzodiazepin. Hal ini disebabkan penyerapannya yang cepat, onset dalam waktu 60-90 menit dan dapat bertahan 8-10 jam. Diazepam dapat digunakan tetapi memiliki efek sedasi yang berlangsung lebih lama atau berlebihan.^{9,14}

KESIMPULAN

Penanganan kasus agitasi di IGD merupakan suatu tantangan tersendiri. Agitasi dapat meningkat menjadi perilaku agresif yang dapat membahayakan petugas kesehatan, orang lain disekitarnya dan pasien itu sendiri. Pendekatan penanganan dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan keamanan. Penanganan agitasi tidak hanya sekedar untuk membuat pasien tenang atau sedasi berlebihan.

Penanganan juga ditujukan untuk memperbaiki etiologi penyebab agitasi. Untuk itu perlu melakukan deteksi, pemeriksaan, observasi dan diagnosis yang tepat. Pendekatan secara non farmakologis seperti seklusi atau isolasi, ataupun restrain menjadi pilihan untuk kasus dengan risiko perilaku kekerasan yang tinggi. Pendekatan secara farmakologis menggunakan obat-obatan terbukti efektif dengan memperhatikan efek samping yang minimal. Pilihan obat-obatan yang dapat diberikan pada kondisi agitasi adalah antipsikotik atipikal, antipsikotik tipikal dan benzodiazepin. Antipsikotik atipikal yang menjadi pilihan adalah aripiprazol, olanzapin, risperidon, quetiapin dan ziprazidon. Antipsikotik tipikal yang menjadi pilihan adalah haloperidol.

DAFTAR PUSTAKA

1. Brown HE. Identifying risk of psychosis in a primary care setting. *JAMA Network Open*. 2018; 1(7): e185165.
2. Newton R, Rouleau A, Nylander AG, Loze JY, Resemann HK, Steeves S and Crespo-Facorro B. Diverse definitions of the early course of schizophrenia—a targeted literature review. *npj Schizophrenia*. 2018; 4:21.
3. Roppolo LP, Morris DW, Khan F, Downs R, Metzger J, Carder T et al. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020; 1(5): 898-907.
4. Mohammed F, Geda B, Yadeta TA, Yadeta D. Profiles and factors associated with schizophrenia in eastern Ethiopia: A matched case-control study. *Front Psychiatry*. 2022;1-9.
5. Agerbo E, Sullivan PF, Vilhjalmsson BJ, Pedersen CB, Mors O, Borglum AD, et al. Polygenic risk score, parental socioeconomic status, family history of psychiatric disorders, and the risk for schizophrenia: a Danish population-based study and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72:635-41.
6. Wahbeh MH, Avramopoulos D. Gene-environment interactions in schizophrenia: a literature review. *Genes*. 2021; 12:1850.
7. Stilo SA, Murray RM. Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep*. 2019; 21:100.
8. Zeller SL, Citrome L. Managing agitation associated with schizophrenia and bipolar disorder in the emergency setting. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2016;17:165-72.
9. Schleifer JJ. Management of acute agitation in psychosis: an evidence based approach in the USA. *Advances in Psychiatric treatment*. 2011; 17: 91-100.
10. Kusumadewi I, Siste K. Kedaruratan psikiatri. Dalam : Elvira SD, Hadisukanto G, Ed. *Buku Ajar Psikiatri Edisi ketiga*. Jakarta: Fakultas kedokteran Universitas Indonesia; 2017.
11. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa III*. Jakarta: 1993
12. Dienstag A. Schizophrenia: Recognition and management in The ED. *Emergency Medicine*. 2018
13. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. *Konsensus penatalaksanaan gangguan skizofrenia*. PT Astra Zeneca. 2011
14. Ziaei M, Massoudifar A, Rajabpour-Sanati A, Pourbagher-Shahri AM, Abdolrazaghnejad A. Management of violence and aggression in emergency environment; a Narrative Review of 200 Related Articles. *Adv J Emerg Med*. 2019;3(1):e7.
15. Shirzad F, Hadi F, Mortazavi SS, Biglari M, Sari HN, Mohammadi Z, et al. First line in psychiatric emergency: Pre hospital emergency protocol for mental disorders in Iran. *BMC Emergency Medicine*. 2020; 20:19.
16. Citrome L. Agitation in schizophrenia: origins and evidence-based treatment. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021; 34(3): 216-221.