

Adiksi dan Ketergantungan Napza: Diagnosis dan Tatalaksana Pendahuluan

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif level 3A tentang adiksi napza mencakup epidemiologi, neurobiologi, diagnosis menurut DSM-5/PPDGJ-III, tatalaksana farmakologi dan non-farmakologi, hingga detoksifikasi, relapse prevention, dan indikasi rujukan ke layanan jiwa.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Adiksi Napza

1.1 Lesson 1: Definisi, Klasifikasi, dan Epidemiologi Adiksi Napza

Terminologi: SUD (Substance Use Disorder) adalah diagnosis resmi DSM-5 untuk gangguan penggunaan zat. Adiksi adalah perilaku kompulsif mengejar zat malgré konsekuensi negatif. Dependensi adalah keadaan fisiologis berupa toleransi dan withdrawal —dapat terjadi pada pasien yang menggunakan opioid terapeutik tanpa perilaku adiktif. Ketiga istilah ini berbeda makna klinis.

Adiksi menurut DSM-5: pola penggunaan zat patologis memenuhi 11 kriteria. Gradasi: ringan (2–3 gejala), sedang (4–5), berat ("e6). PPDGJ-III menggunakan kode F10–F19 untuk gangguan mental akibat zat psikoaktif.

Klasifikasi zat: depresan SSP (alkohol, opioid, benzodiazepin), stimulan (amfetamin, sabu, kokain), halusinogen (kanabis, LSD, MDMA, ketamin), inhalan (thinner, lem), dan New Psychoactive Substances (NPS).

Epidemiologi: BNN 2023 melaporkan prevalensi 12 bulan 1,95% populasi usia produktif ("H1 dari 51 orang), sabu sebagai zat terbanyak, rasio laki-laki:perempuan 4:1. WHO memperkirakan 35 juta orang memenuhi SUD global dengan 0,5 juta kematian/tahun. Faktor risiko: genetik, komorbid psikiatrik, ACEs, lingkungan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Lesson 2: Neurobiologi dan Patofisiologi Adiksi

Adiksi adalah penyakit otak kronik, bukan masalah moral. Sistem reward mesokortikolimbik (jalur VTA !' nucleus accumbens !' korteks prefrontal) dengan dopamin sebagai neurotransmiter utama. Penggunaan akut memicu pelepasan dopamin 2–10 kali lipat reward alami (data PET imaging Volkow 2016); perbedaan besaran bergantung jenis zat dan densitas reseptor individu.

Adaptasi neurologis akibat paparan berulang: down-regulation reseptor D2 striatum (analoginya: volume radio dipelankan), peningkatan stres CRF/noradrenalin, dan disfungsi korteks prefrontal (penurunan inhibitory control). Konsep incentive sensitization: zat bergeser dari 'liking' menjadi 'wanting'.

Heritabilitas SUD 40–60% (gen DRD2, OPRM1, GABRA2). Faktor lingkungan: trauma masa kecil, teman sebaya, ketersediaan zat. Neuroplastisitas glutamat berperan dalam craving dan drug-seeking. Pemahaman ini mendasari pendekatan trauma-informed care dan farmakoterapi target.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana Adiksi

2.1 Lesson 1: Manifestasi Klinis dan Diagnosis Gangguan Penggunaan Zat

Pendekatan klinis menggunakan motivational interviewing yang empatik. Anamnesis: pola penggunaan (zat, jumlah, cara, durasi), riwayat withdrawal, komorbid, fungsi sosial, motivasi berobat.

Alat skrining: AUDIT (10 item, skor "e8 berisiko, "e16 dependensi) untuk alkohol; DAST-10 (skor "e3 masalah, "e6 substansial) untuk napza umum; CAGE-AID (4 item, skor "e2 positif) untuk skrining cepat alkohol dan napza; ASSIST (WHO, 8 item) untuk skrining spesifik zat termasuk kanabis, stimulan, opioid, dan inhalan.

PPDGJ-III: F10–F19 dengan kode .0 intoksikasi, .2 dependensi ("e3 dari 6 gejala). DSM-5 menilai 11 kriteria SUD.

Pemeriksaan penunjang: toksikologi urin (deteksi•Ńg penggunaan), darah lengkap, fungsi hati/ginjal, serologi hepatitis B/C dan HIV, EKG (evaluasi efek kokain/obat QT-prolonging), foto toraks jika curiga inhalan.

Komorbiditas tinggi: depresi, PTSD, ADHD, gangguan kepribadian, hepatitis, HIV. Batasan SKDI 3A: dokter umum menegakkan diagnosis awal, inisiasi detoksifikasi alkohol sederhana, serta merujuk kasus multipel/kompleks ke spesialis jiwa.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Lesson 2: Tatalaksana Adiksi: Detoksifikasi dan Farmakoterapi

Tatalaksana komprehensif: stabilisasi, detoksifikasi, psikososial, pencegahan relapse. SKDI 3A: dokter umum hanya mengetahui indikasi dan melakukan detoksifikasi alkohol sederhana; OAT (metadon/buprenorfin) adalah kompetensi spesialis jiwa dengan lisensi khusus.

Detoksifikasi alkohol: diazepam 10–20 mg tiap 6 jam, taper 5–7 hari, target CIWA-Ar <8. Monitor Richmond Agitation-Sedation Scale, tanda vital tiap 1–2 jam pada 24 jam pertama. Beri tiamin 100 mg IV/IM sebelum glukosa untuk cegah Wernicke. Contoh kasus: pasien laki-laki 45 tahun dengan tremor, takikardia 110, CIWA-Ar 12!' berikan diazepam 20 mg, re-evaluasi 1 jam.

Pengetahuan farmakoterapi (referensi, bukan wewenang dokter umum): naltrekson 50 mg/hari, acamprosate 666 mg 3×/hari, disulfiram 250–500 mg/hari. Kontraindikasi disulfiram: kehamilan, penyakit jantung berat, psikosis. Interaksi: alkohol (reaksi flushing), metronidazol.

OAT metadon/buprenorfin: hanya spesialis; efek samping depresi napas, monitoring ketat, kontraindikasi pada gangguan napas berat.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.3 Lesson 3: Overdosis Napza: Deteksi dan Tata Laksana Kegawatdaruratan

Kompetensi kritis SKDI 3A: dokter umum harus mampu mengelola kegawatdaruratan overdosis napza sebelum rujukan.

Overdosis opioid (triad: depresi napas, pinpoint pupil, penurunan kesadaran): nalokson 0,04–0,4 mg IV, dapat diulang tiap 2–3 menit hingga perbaikan napas; dosis total maksimal 2 mg pada opioid-dependent. Dosis awal rendah untuk cegah withdrawal akut berat. Monitoring: saturasi O₂, laju napas, GCS, tanda rebound withdrawal (mual, diare, agitasi, takikardia). Kontraindikasi relatif: alergi nalokson. Penting: nalokson hanya untuk overdosis opioid dengan depresi napas, bukan intoksikasi tanpa depresi napas. Siapkan ventilasi bag-mask, intubasi oleh tim anestesi.

Overdosis stimulan (kokain/sabu): diazepam 10 mg IV untuk agitasi/kejang, hindari beta-blocker (krisis hipertensi), monitor EKG aritmia. Overdosis alkohol: waspadai aspirasi, dukungan napas, tiamin 100 mg IV. Alur: ABC ! ' antidot ! ' stabilisasi ! ' rujuk RSJ/RSKO.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.4 Lesson 4: Rehabilitasi, Relapse Prevention, dan Indikasi Rujukan

Intervensi psikososial berbasis bukti: CBT, Motivational Interviewing (MI), Contingency Management, family therapy, twelve-step facilitation (AA/NA). Program rawat inap 30–90 hari untuk kasus berat.

Relapse bukan kegagalan—bagian dari perjalanan penyakit kronik. Strategi pencegahan: identifikasi high-risk situations, coping skills, mindfulness, monitoring toksikologi urin berkala. Farmakoterapi kombinasi (naltrekson + akamprosats) menurunkan risiko relapse.

Harm reduction: pendekatan pragmatis mengurangi dampak buruk tanpa mengharuskan abstinensia total. Konteks lokal Indonesia: distribusi jarum steril masih kontroversial dan memerlukan regulasi daerah; nalokson komunitas belum terdistribusi luas; edukasi overdosis dan skrining hepatitis lebih realistis sebagai intervensi dokter umum.

Indikasi rujukan dokter umum ke spesialis jiwa: (1) Penggunaan multipel/dosis tinggi kronis; (2) Komorbid psikiatrik berat; (3) Kegagalan rawat jalan "e3 bulan; (4) Withdrawal berat dengan komplikasi medik; (5) Kehamilan dengan napza; (6) Kebutuhan OAT; (7) Motivasi rendah/lingkungan tidak mendukung.

Alur rujukan (flowchart): Puskesmas dengan layanan jiwa !' Poli jiwa RS umum !' RSJ/RSKO !' BNN/Bapas !' Therapeutic community. Dokter umum menangani edukasi, detoksifikasi alkohol sederhana, dan pemantauan rawat jalan; kasus kompleks dirujuk.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa: Gangguan Penggunaan Zat. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI (2018).
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5): Substance-Related and Addictive Disorders. American Psychiatric Association Publishing (2013).
3. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Disorders due to substance use. WHO (2019).
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 12th Edition. Wolters Kluwer (2022).
5. Maslim R. Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ-III). PT Nuh Jaya (2018).
6. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. New England Journal of Medicine (2016).
7. Haber L, Kamp F. Evidence-Based Pharmacotherapies for Alcohol Use Disorder. American Journal of Psychiatry (2019).
8. American Heart Association. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Guidelines: Opioid Emergency. Circulation (2020).
9. World Health Organization. Community Management of Opioid Overdose: Naloxone. WHO (2018).
10. BNN RI. Survei Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika Nasional. Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia (2023).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.