Skizofrenia Hebefrenik

Cahyaningsih FR¹, Syahrul Habibi Nasution²

¹Bagian Ilmu Kesehatan Jiwa, Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung

²Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Pasien Tn. S usia 60 tahun dibawa dengan keluhan mengamuk. Pasien dibawa oleh anaknya karena gaduh gelisah, mengamuk, sering tertawa dan sering berbicara sendiri sejak 11 bulan sebelum masuk rumah sakit. Pasien mendengar suara bisikan yang tidak jelas. Keluarga memutuskan untuk memasung pasien dan membawanya ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung. Pasien ini mengalami gangguan jiwa karena ditemukan adanya gangguan persepsi dan isi pikir yang bermakna serta menimbulkan suatu penderitaan dan hendaya dalam pekerjaan dan kehidupan sosial pasien, sesuai dengan pengertian gangguan jiwa. Skizofrenia adalah suatu sindrom klinis bervariasi namun sangat mengganggu. Psikopatologi yang mencakup kognisi, emosi, persepsi, dan aspek lain dari perilaku. Skizofrenia hebefrenik adalah perilaku yang khas, regresi, primitive, afek tidak sesuai dengan karakteristik umumnya, wajah dungu, tertawa aneh-aneh, menangis dan menarik diri secara ekstrim. Pasien ini ditemukan adanya *disorganized behaviour* dan pasien sering tertawa sendiri (*giggling*). Pasien ini diberikan pengobatan berupa kombinasi Risperidone, Trihexyphenidyl dan Chlorpromazine. Obat yang dikonsumsi oleh pasien adalah Risperidone 2x1mg, Trihexyphenidyl 2x2 mg dan Chlorpromazin 1x25 mg.

Kata kunci : *disorganized behaviour*, *giggling*, skizofrenia, skizofrenia hebefrenik

Hebephrenic Schizophrenia

Abstract

Mr. S, 60 years old was brought with a complaint of rampage. The patient was brought by his son because he was nervous, angry, laughed often and often spoke for himself since 11 months before being hospitalized. The patient heard a whisper that is not clear. The family decided to put the patient in a tube and take him to the Lampung Province Mental Hospital. This patient has a mental disorder because it is found that there are disturbances in perception and thought content that are meaningful and cause suffering and disability in the work and social life of patients, according to the understanding of mental disorders. Schizophrenia is a varied clinical syndrome but is very disturbing. Psychopathology which includes cognition, emotions, perceptions, and other aspects of behavior. Hebephrenic schizophrenia is a typical behavior, regression, primitive, affect not in accordance with its general characteristics, dumb face, strange laughs, crying and pulling away in extreme. This patient was found to have disorganized behaviour and patients often laughing himself. This patient was given treatment in the form of a combination of Risperidone, Trihexyphenidyl and Chlorpromazine. The drugs consumed by patients are Risperidone 2x1mg, Trihexyphenidyl 2x2 mg and Chlorpromazin 1x25 mg.

Keywords : *disorganized behaviour*, *giggling*, hebephrenic schizophrenia, schizophrenia

Korespondensi: Syahrul Habibi Nasution S. Ked, Gunung Terang Bandar Lampung, HP 081271972155, e-mail nasutionsyahrulhabibi@yahoo.co.id

Pendahuluan

Tn. S, umur 60 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir SD, tidak bekerja, agama Islam, suku Jawa, alamat Bukit Kemuning, Lampung Utara, sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak, nomor rekam medis 030XXX, dilakukan pemeriksaan pada tanggal 2 Februari 2017 Pukul 12.00 WIB. Pasien diantar keluarganya ke UGD Rumah Sakit Jiwa pada tanggal 17 Januari 2017. Pasien dibawa oleh anaknya karena gaduh gelisah, mengamuk, sering tertawa dan sering berbicara sendiri sejak 11 bulan sebelum masuk rumah sakit.

Pasien sebelumnya sudah pernah masuk Rumah Sakit Jiwa sebanyak 2 kali. Pertama tahun 1996 di Rumah Sakit Jiwa Palembang, kedua tahun 2006 di Rumah Sakit Jiwa Prov. Lampung dan pasien sudah pernah dibolehkan untuk pulang. Selama dirawat di rumah, pasien jarang mengkonsumsi obat, apabila disuruh minum obat pasien menolak dan apabila dipaksa pasien mengamuk. Pada tanggal 14 Januari 2017 pasien mengamuk di rumah sehingga keluarga memutuskan untuk memasung pasien. Pasien dipasung selama 3 hari dan pada tanggal 17 Januari 2017 pasien masuk Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung

untuk yang ketiga kalinya. Pasien berpenampilan sesuai dengan usianya, cara berpakaian cukup rapi dan perawatan diri cukup. Pasien dibawa dengan keluhan mengamuk. Pasien dibawa oleh anaknya karena gaduh gelisah, mengamuk, sering tertawa dan sering berbicara sendiri sejak 11 bulan sebelum masuk rumah sakit. Pasien sering mendengar bisikan yang tidak jelas.

Saat wawancara pasien dalam keadaan tidak terikat, kontak mata baik dan pasien cukup tenang. Pembicaraan spontan, lancar, intonasi baik, volume cukup, kualitas kurang, kuantitas cukup. Sikap cukup kooperatif, pasien tampak tertawa sendiri dan menyeringai. Pasien menjalani pendidikan SD sampai kelas 6 SD. Pada pasien ditemukan daya konsentrasi kurang, pasien sering tertawa dan menyeringai namun memori segera, jangka pendek, menengah dan panjang cukup. Orientasi tempat, waktu dan orang cukup.

Ringkasan

Pada pasien ini mengalami gangguan jiwa karena ditemukan adanya gangguan persepsi dan isi pikir yang bermakna serta menimbulkan suatu *distress* (penderitaan) dan *disability* (hendaya) dalam pekerjaan dan kehidupan sosial pasien, sesuai dengan pengertian gangguan jiwa.¹

Pasien seperti merasa di surga dan juga pasien sering tertawa sendiri dan menyeringai. Pasien juga mempunyai *disorganized behaviour* yaitu suka mengumpulkan barang – barang bekas. Gejala tersebut dirasakan oleh pasien selama 1 bulan lalu. Dari data ini menjadi dasar diagnosis bahwa pasien menderita skizofrenia hebefrenik sekaligus menyingkirkan diagnosis skizofrenia paranoid (F.20.0).²

Skizofrenia adalah suatu sindrom klinis bervariasi, namun sangat mengganggu psikopatologi yang mencakup kognisi, emosi, persepsi, dan aspek lain dari perilaku. Ekspresi dari manifestasi ini bervariasi pada semua pasien dan dari waktu ke waktu tetapi efek dari penyakit ini selalu berat dan biasanya berlangsung lama.³ Untuk diagnosis skizofrenia menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)-III harus terdapat sedikitnya satu gejala ini yang amat jelas (1)

thought echo / insertion atau *withdrawal / broadcasting* (2) *delusion of control / influence / passivity / perception* (3) halusinasi auditorik (4) waham-waham menetap lainnya atau paling sedikit dua gejala dari (1) halusinasi yang menetap dari pancaindra apa saja (2) arus pikiran yang terputus atau mengalami sisipan (3) perilaku katatonik (4) gejala-gejala “negatif”. Dimana gejala-gejala khas tersebut telah berlangsung selama satu bulan atau lebih dan harus ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku pribadi.^{1,4}

Skizofrenia hebefrenik adalah perilaku yang khas, regresi, primitif, afek tidak sesuai dengan karakteristik umumnya, wajah dungu, tertawa aneh-aneh, menangis, dan menarik diri secara ekstrim.

Pedoman diagnostik skizofrenia hebefrenik yaitu memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia, diagnosis hebefrenik untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (onset biasanya 15-25 tahun). Kepribadian premorbid menunjukkan pemalu dan senang menyendiri (*solitary*) namun tidak harus demikian untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini. Untuk meyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinyu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan seperti perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan serta mannerisme, ada kecenderungan untuk menyendiri (*solitary*) dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan. Afek pasien yang dangkal (*shallow*) tidak wajar (*inappropriate*), sering disertai oleh cekikikan (*giggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*), senyum-senyum sendiri (*self absorbed smiling*) atau sikap tinggi hati (*lofty manner*), tertawa menyeringai (*grimaces*), mannerisme, mengibuli secara bersenda gurau (*pranks*), keluhan hipokondrial dan ungkapan-ungkapan kata yang diulang-ulang (*reiterated phrases*), dan proses pikir yang mengalami disorganisasi dan pembicaraan yang tak menentu (*rambling*) dan inkoherens.

Gangguan afektif dan dorongan kehendak serta gangguan proses pikir biasanya menonjol, halusinasi dan waham biasanya ada tetapi tidak

menonjol (*fleeting and fragmentary delusion and hallucinations*), dorongan kehendak (*drive*) dan yang bertujuan (*determination*) hilang serta sasaran ditinggalkan sehingga perilaku tanpa tujuan (*aimless*) dan tanpa maksud (*empty of purpose*) tujuan *aimless* dan tanpa maksud (*empty of purpose*). Adanya suatu preokupasi yang dangkal dan bersifat dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak lainnya, makin mempersulit orang memahami jalan pikirannya.

Pada kasus ini penegakan diagnosis aksis I berdasarkan anamnesis dari pasien dan keluarga, didapatkan beberapa gejala yaitu perilaku pasien yang sering tertawa sendiri (*giggling*) dan *disorganized behaviour* serta adanya halusinasi yang tidak khas sehingga didapatkan diagnosis skizofrenia hebefrenik.

Pada pasien ini diberikan pengobatan berupa kombinasi *Risperidone*, *Trihexyphenidyl* dan *Chlorpromazine*. Obat yang dikonsumsi oleh pasien adalah *Risperidone* 2x1mg, *Trihexyphenidyl* 2x2 mg dan *Chlorpromazine* 1x25 mg. Rencana terapi yang diberikan saat ini yaitu, *Risperidone* 2x1mg selama 5 hari lalu dievaluasi selama dua minggu mengenai kondisi pasien, naikan hingga dosis maksimal lalu dipertahankan sampai 8-12 minggu lalu diturunkan perlahan selama 2 minggu dipertahankan selama 6 bulan sampai dengan 5 tahun. *Risperidone* merupakan antipsikosis atipikal atau antipsikosis golongan II. Antipsikosis golongan II merupakan golongan obat yang memiliki lebih efek untuk mengurangi gejala negatif (upaya pasien yang menarik diri dari lingkungan) maupun positif (halusinasi, gangguan proses pikir) jika dibandingkan dengan antipsikosis golongan I. Efek samping sedasi, otonomik, dan ekstrapiramidal sangat minimal dibandingkan obat antipsikosis tipikal. Dosis anjurannya adalah 2-6 mg/hari.⁵

Pasien juga diberikan obat *Chlorpromazine* 1x25mg. Pada pemberian obat ini bisa terjadi efek samping ekstrapiramidal. Selain itu, jika timbul efek samping berupa sindrom ekstra piramidal yang timbul akibat pemberian anti psikotik walaupun kemungkinannya kecil maka dapat diberikan *Trihexyphenidyl* 2 x 2 mg. Menurut penelitian pengobatan tidak cukup hanya dengan pengobatan secara farmakologi tetapi harus

diiringi dengan lingkungan keluarga yang mendukung. Pada pasien ini diperlukan dorongan dari keluarga dan lingkungan untuk mengurangi faktor pencetus.^{6,7}

Pada umumnya pemberian obat anti-psikosis sebaiknya dipertahankan selama 1 tahun setelah semua gejala psikosis mereda sama sekali untuk psikosis akut. Pengobatan skizofrenia onset pertama kali diberikan selama 2 tahun. Sedangkan untuk kekambuhan berikutnya terapi dipertahankan selama 5 tahun. Obat anti psikosis tidak menimbulkan gejala lepas obat yang hebat walaupun diberikan dalam jangka waktu lama, sehingga potensi ketergantungan obat kecil sekali.

Simpulan

Pasien ini ditemukan adanya *disorganized behaviour* dan halusinasi auditorik yang tidak jelas serta pasien sering tertawa sendiri dan menyeringai sehingga pasien didiagnosis skizofrenia hebefrenik dan terapi akan diberikan selama 5 tahun.

Daftar Pustaka

1. Maslim R. Diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atmajaya; 2011.
2. Hendarsyah F. Diagnosis dan tatalaksana skizofrenia paranoid dengan gejala-gejala positif dan negatif. *J Medula Unila*. 2016; 4(3):58-63
3. Hirjak D, Hochlehnert A, Thomann PA, Kubera KM, Knut S. Evidence for distinguishable treatment costs among paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder. Germany: Center For Psychosocial Medicine, Department Of General Psychiatry, University Of Heidelberg; 2016.
4. Kusumawardhani A, Husain AB, et al. Buku ajar psikiatrik. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2013.
5. Lieberman JA. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005; 353:1209-23.
6. Maramis WF. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Edisi II. Surabaya: FK Unair; 2010

7. Kaplan HI, Saddock BJ, Grebb JA. Kaplan-Saddock sinopsis psikiatri ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis. Jilid 2. Jakarta: Binanupa Aksara; 2010.