



Penyakit Skizoafektif dengan Tipe Depresi pada Wanita 34 Tahun

Laili Hasanah

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skizoafektif merupakan gangguan yang memiliki ciri skizofrenia dan gangguan afektif (mood ditandai dengan gejala psikotik persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana seperti depresi, manik, atau episode campuran. Ny. Cr, 34 tahun datang dengan keluhan marah-marah tanpa sebab yang jelas sejak dua minggu, sering menggurung diri di kamar. Pasien mengalami gangguan jiwa sejak tahun 2008. Status generalis dalam batas normal Pemeriksaan psikiatri didapatkan, perawatan diri baik, compos mentis, tenang, kooperatif, pembicaraan spontan, lancar, intonasi sedang, volume cukup, kualitas kurang, kuantitas cukup, artikulasi jelas, amplitudo cukup. Mood eutimia, afek luas, adanya halusinasi auditorik, tidak ditemukan ilusi, derealisasi, dan depersonalisasi. produktivitas cukup, koheren dan terkadang flight of idea, ide cukup, terdapat waham kejar, ada. orientasi cukup, daya ingat cukup, pikiran abstrak cukup. Tilikan derajat 1. Rencana psikoterapi, terapi farmakologi yang diberikan adalah antipsikosis atipikal golongan benzisoxazole yaitu risperidon 2x2 mg, dan untuk mengatasi gejala depresifnya, pada pasien diberikan obat anti depresi golongan trisiklik yaitu Amitriptilin 25 mg 1x3 tablet/hari.

Kata kunci: depresif, diagnosis, mood, skizoafektif

Schizoaffective Disorder with Depressive Type in 34 Years Old Woman

Abstract

Schizoaffective disorder is a schizophrenic like disorder and an affective disorder (mood is signed by persistent psychotic symptoms, such as hallucination or delusion. It happens together with depression, manic, or mix episode. Schizoaffective disorder is made with definitive symptoms such as schizophrenia and an affective disorder that come together. Mrs. Cr, 34 years old suffer an unreasonable anger since 2 weeks ago. She locked her self in her room. The patient has mental disorder history since 2008. General examination was normal. The psychiatric status self care was good, compos mentis, calm, cooperative, talk spontaneously, fluently, middle intonation, enough volume, poor quality, enough quantity, clear articulation, enough amplitude. Mood eutimia, wide affect, auditoric halusination, no illusion, derealisation, depersonalization. Enough productivity, cohenrent and sometime flight of idea, enough idea, delution of passivity, enough orientatiin. Enough memory ability, enough abstract thinking. Insight grade 1. Patient will get pscoteraphy, and pharmacological teraphy. Patient is give antipsychotic atypical benzisoxazole, risperidon 2x2 mg. and patient is also given antidepressive agent, tricyclic, Amitriptilyn 25 mg 1x3 tabs a day.

Keywords: depressive, diagnose, mood, schizoaffective disorder

Korespondensi: Laili Hasanah, S.Ked, alamat Jl Soemantri Brojonegoro No 1, e-mail laililailihasanah@yahoo.com

Pendahuluan

Skizofrenia merupakan suatu sindroma klinis dari berbagai keadaan psikopatologis yang sangat mengganggu yang melibatkan proses pikir, emosi, persepsi, dan tingkah laku. Keadaan afeksi atau mood yang berarti adanya suatu corak perasaan yang sifatnya menetap (konstan) dan biasanya berlangsung untuk waktu yang lama.¹ *Diagnostic and staticic manual of mental disorders* edisi keempat (DSM-IV) menyatakan dua gangguan mood utama adalah gangguan depresif berat dan gangguan bipolar 1.^{2,7,9}

Gangguan depresi berat dan gangguan bipolar sering dinamakan gangguan afektif, tetapi patologi utama didalam gangguan tersebut adalah mood, yaitu keadaan emosi

internal yang meresap dari seseorang, dan bukan afek, yaitu ekspresi eksternal dari isi emosional saat itu.³

Depresi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup serius. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa depresi berada pada urutan ke-empat penyakit di dunia. Sekitar 20 % wanita dan 12 % pria, pada suatu waktu dalam kehidupannya pernah mengalami depresi. Pasien mengalami distorsi kognitif seperti timbul rasa bersalah, perasaan tidak berharga, kepercayaan diri menurun, pesimis, dan putus asa. Terdapat juga perasaan malas, tidak bertenaga, retardasi psikomotor, dan menarik diri dari hubungan sosial. Pasien juga mengalami gangguan tidur, nafsu makan berkurang, begitu juga dengan gairah seksual.^{4,9}



Skizoafektif merupakan gangguan yang memiliki ciri skizofrenia dan gangguan afektif atau mood. Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersamaan dengan masalah suasana atau *mood disorder* seperti depresi, manik, atau episode campuran. Statistik umum gangguan ini yaitu kira-kira 0,2 % di amerika serikat dari populasi umum sampai sebanyak 9 % orang dirawat di rumah sakit karena gangguan ini. Gangguan skizoafektif diperkirakan lebih sering terjadi daripada gangguan bipolar.^{5,8}

Diagnosis gangguan skizoafektif hanya dibuat apabila gejala-gejala definitif adanya skizofrenia dan gangguan afektif sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan atau *simultaneously*, atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain, dalam episode penyakit yang sama, bilamana, sebagai konsekuensi dari ini, episode penyakit tidak memenuhi kriteria. baik skizofrenia episode manik atau depresif.³

Suatu gangguan psikotik dengan gejala-gejala skizofrenia dan defresif yang sama-sama menonjol dalam satu episode penyakit yang sama. Gejala-gejala afektif diantaranya yaitu afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya energy yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja), dan menurunnya aktivitas. Gejala lainnya yaitu konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, dan nafsu makan berkurang. Gejala skizofrenia juga harus ada antara lain merasa pikirannya disiarkan atau diganggu, ada kekuatan yang sedang berusaha mengendalikannya, mendengar suara-suara yang beraneka ragam.³

Beberapa data menunjukkan bahwa gangguan skizofrenia dan gangguan afektif mungkin berhubungan secara genetik. Ada peningkatan resiko terjadinya gangguan skizofrenia diantara keluarga dengan gangguan skizoafektif.⁶

Pengobatan untuk dengan gangguan Skizoafektif tipe depresif merespon baik terhadap pengobatan dengan obat antipsikotik yang dikombinasikan dengan obat anti depresan atau pengobatan dengan antipsikotik saja, Karena pengobatan yang konsisten penting untuk hasil terbaik, psiko-edukasi pada penderita dan keluarga, serta menggunakan obat *long acting* bisa menjadi bagian penting dari pengobatan pada gangguan skizoafektif.⁵

Kasus

Pasien Ny. Cr, 34 tahun, pendidikan terakhir D3, agama Kristen, suku Jawa, tinggal di Bandar Lampung, bekerja sebagai wirausaha, sudah menikah, diantar ke Rumah sakit jiwa Provinsi Lampung pada tanggal 18 Maret 2015 oleh orang tua. Pasien datang dengan keluhan marah-marah tanpa sebab yang jelas sejak satu bulan yang lalu. Selain marah-marah pasien juga cenderung pendiam, murung dan sering mengurung diri dikamar, kehilangan nafsu makan sehingga tubuhnya terlihat kurus dan sulit tidur. Pasien megatakan bahwa dirinya sering mendengar suara-suara bisikan ditelinga awalnya suara seperti dengungan namun semakin lama suara tersebut semakin jelas suara yang terdegar memberi perintah kepada pasien untuk marah.

Menurut pasien dia terkadang mempunyai rasa curiga kepada orang-orang disekitarnya. Suatu saat ibu sedang menggendong anak pasien dirumah, namun tiba-tiba pasien dengan spontan memukul kepala ibunya, dan ketika ditanya alasan memukul kepala sang ibu, pasien mengatakan bahwa dia curiga jika siibu akan menyakiti anaknya sehingga ia harus melindungi.

Dari keterangan keluarga pasien mulai murung dan suka menyendiri sejak tahun 2008, saat itu pasien dua tahun setelah menikah, kemudian pasien tinggal dirumah mertua bersama suami, selama tinggal di sana pasien tidak diperbolehkan pulang ke rumah orang tua kandungnya sampai dia melahirkan, pasien merasa kesal pada suami dan mertuanya sehingga semakin lama pasien merasa tidak betah tinggal disana. Setelah melahirkan pasien bersama anaknya pulang kerumah orang tua,



tanpa disertai suami. Menurut bapak, suami pasien semenjak itu empat tahun suami tidak pernah menjenguk pasien maupun anaknya, kini suami bekerja di Jakarta dan jarang pulang.

Pasien sudah pernah satu kali dirawat di rumah sakit jiwa pada Desember 2008, ketika itu pasien merasa sedih, bingung, sulit tidur, sering mengurung diri dikamar. Selain itu pasien juga mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan yang menyuruh untuk marah-marah. Melihat kondisi pasien yang tampak aneh, keluarga membawa pasien berobat ke rumah sakit jiwa untuk dilakukan pengobatan dan rawat inap selama satu minggu obat yang diberikan yaitu resperidon. Setelah itu dijelaskan kepada keluarga bahwa pasien disuruh rutin kontrol dan minum obat. Namun setelah pulang pasien tidak kontrol, setelah obat habis pasien tidak minum obat lagi atau putus obat.

Ketika pasien ditanyakan perasaannya saat ini dia menjawab perasaan sedih karena rindu sama anak, suami dan orang tua kandung nya, menurut pasien hampir dua bulan dia dirawat belum ada keluarga yang menjenguk dirinya ke rumah sakit jiwa, ketika wawancara menjadi tampak sedih dan menunduk sambil menangis jika berbicara tentang keluarganya.

Pasien merupakan anak pertama dari empat bersaudara, dari kecil pasien mengalami perkembangan sesuai dengan anak seusianya, disekolah pasien mempunyai prestasi yang biasa saja namun tidak pernah tinggal kelas sampai ke jenjang pendidikan D3. Pasien bekerja sebagai wirauasah, sebelum dirawat pasien tinggal bersama kedua orang tua dan satu orang anaknya. Tidak ada di keluarga yang mengalami sakit seperti pasien atau gangguan jiwa. Riwayat trauma kepala, kejang, dan riwayat penyakit lainnya disangkal oleh pasien. Pasien juga tidak pernah mempunyai riwayat menggunakan zat psikoaktif, minuman beralkohol, dan merokok.

Status generalis dan neurologis tidak ditemukan kelainan. Tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80 x/menit, pernapasan 16 kali permenit, dan suhu 36,7 derajat celcius. Dari pemeriksaan psikiatri (status mental) didapatkan Ny. Cr usia 34 tahun terlihat sesuai usianya mengenakan seragam rumah sakit jiwa provinsi Lampung berpenampilan rapi, perawatan diri baik. Kesadaran compos mentis,

perilaku dan aktivitas motorik tenang, sikap terhadap pemeriksa kooperatif, pembicaraan spontan, lancar, intonasi sedang, volume cukup, kualitas kurang, kuantitas cukup, artikulasi jelas, amplitudo cukup. Mood eutimia, afek luas, sesuai gangguan persepsi adanya halusinasi auditorik, namun tidak ditemukan ilusi, derealisasi, dan depersonalisasi. Proses pikir dengan produktivitas cukup, koheren dan terkadang *flight of idea*, isi pikir ide cukup, terdapat waham kejar, obsesi dan fobia tidak ada. Fungsi kognitif taraf pendidikan dan kecerdasan sesuai dengan taraf pendidikan pasien, daya konsentrasi kurang, orientasi (waktu, tempat, orang baik) cukup, daya ingat cukup, pikiran abstrak cukup. Daya nilai baik. Tilikan derajat 1. Taraf dapat dipercaya yaitu dapat dipercaya.

Diagnosis pasien berupa diagnosis multiaksial yaitu aksis I skizoafektif tipe depresif, aksis II dan aksis III tidak ada diagnosis, aksis IV masalah keluarga suami, dan mertua, aksis V *Curren Global of Assesstmen Functioning* (GAF) 60-51. Penatalaksanaan pada kasus ini adalah psikofarmaka diberikan oral tab resperidon 2x2 mg perhari, dan juga diberikan terapi supportif, seperti ventilasi konseling mengenai penyakitnya, sosioterapi.

Pembahasan

Gangguan skizoafektif yaitu suatu gangguan jiwa yang gejala skizofrenia dan gejala afektif terjadi bersamaan dan sama-sama menonjol. Onset yang tiba tiba pada masa remaja, terdapat stres yang jelas serta riwayat keluarga berpeluang untuk menderita gangguan skizoafektif. Prevalensi lebih banyak pada wanita. Berdasarkan *national comorbidity study*, didapatkan bahwa, 66 orang yang di diagnosa skizofrenia, 81 % pernah di diagnosa gangguan afektif yang terdiri dari 59 % depresi dan 22 % gangguan bipolar.

Kriteria diagnostik untuk gangguan skizoafektif yaitu terdapat gejala skizofrenia dan gejala gangguan afektif sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain tetapi masih dalam satu episode penyakit yang sama. Diagnosa gangguan ini tidak ditegakkan untuk pasien yang menampilkan gejala skizofrenia dan



gangguan perspektif tetapi dalam episode penyakit yang berbeda. Gangguan mood yaitu kelainan fundamental dari kelompok gangguan ini yaitu gangguan suasana perasaan yang biasanya mengarah ke depresi atau ke arah elasi.

Diagnosis pada penderita gangguan jiwa berupa diagnosis multiaksial yang terdiri dari lima aksis yaitu aksis I gangguan klinis dan kondisi lain yang menjadi fokus perhatian klinis, aksis II adalah gangguan kepribadian dan retardasi mental, aksis III adalah kondisi medis umum, aksis IV adalah, masalah psikososial dan lingkungan, aksis V adalah penilaian fungsi secara global.

Gangguan skizoafektif yaitu gejala skizofrenia dan gangguan afektif sama sama menonjol atau dalam beberapa hari sesudah yang lain, tetapi dalam satu episode penyakit tidak memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia maupun gangguan afektif. Afek harus meningkat secara menonjol atau ada peningkatan afek yang tidak begitu menonjol dikombinasi dengan iritabilitas atau kegelisahan yang memuncak. Dalam episode yang sama harus jelas ada sedikitnya satu atau lebih baik lagi dua, gejala skizofrenia yang khas.

Tujuan dari diagnosa multiaksial adalah mencakup informasi yang komperhensif sehingga dapat membantu dalam perencanaan terapi dan meramalkan prognosis. Juga format yang mudah dan sistematis sehingga dapat membantu dalam menata dan mengkomunikasikan informasi klinis, menangkap kompleksitas situasi klinis, dan menggambarkan heterogenitas individual dengan diagnosa klinis yang sama. Selain itu, diagnosis multiaksial juga memacu penggunaan model bio-psiko- sosial dalam klinis, pendidikan dan penelitian. Pada pasien ini didiagnosis multiaksial yaitu aksis I skizoafektif tipe depresif, aksis II dan aksis III tidak ada diagnosis, aksis IV masalah keluarga suami, dan mertua, aksis V GAF 60-51.

Pada pasien ini ditegakkan diagnosis Aksis I skizoafektif tipe depresif (F25.1) berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan status mental. Berikut ini adalah uraiannya: Pasien tidak memiliki riwayat trauma kepala, riwayat kejang, riwayat tindakan operatif, dan

riwayat kondisi medik lain yang dapat secara langsung ataupun tidak langsung mempengaruhi fungsi otak. Oleh karena itu, gangguan mental organik (F00-09) dapat disingkirkan. Pasien tidak mempunyai riwayat penggunaan zat psikoaktif. Sehingga diagnosis gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (F10-19) dapat disingkirkan. Pada pasien didapatkan hendaya dalam menilai realita, oleh sebab itu gangguan jiwa pada pasien dimasukkan ke dalam golongan besar psikotik. Selain itu, pasien juga ditemukan hendaya pada moodnya. Hendaya moodnya ini hampir bersamaan dengan gejala psikotiknya pada setiap episodenya. Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan status mental, ditemukan beberapa gejala psikopatologi yaitu Adanya riwayat halusinasi auditorik yang bersifat *commanding* (menyuruh pasien marah). Riwayat gejala depresi yakni sulit tidur, malas, mengurung diri, bingung. Perilaku terdisorganisasi marah-marah. Gejala Negatif afek terbatas, kesulitan dalam pemikiran abstrak. Gejala tersebut pertama kali muncul 7 tahun lalu.

Berdasarkan gejala-gejala yang ditemukan saat ini, diagnosis pada pasien adalah skizoafektif tipe depresif (F25.1) yang sedang terkontrol pengobatan. Skizofrenia paranoid dan gangguan afektif depresi berulang dengan gejala psikotik merupakan diagnosis banding pada kasus ini. Skizofrenia paranoid dapat disingkirkan dengan adanya gejala afek yang menonjol pada pasien. Sedangkan, gangguan afektif depresi berulang dengan gejala psikotik dapat disingkirkan karena gejala depresi dan psikotik pada pasien ini sama-sama menonjol, muncul bersamaan, dan hilang secara bersamaan setelah pengobatan. Dan ini dapat dilihat dari riwayat timbulnya gejala dan pengobatan yang pernah dialami pasien. Sedangkan pada gangguan afektif depresi berulang dengan gejala psikotik, gejala afek depresif lebih menonjol dibandingkan gejala psikotiknya.

Rencana terapi yang diberikan adalah antipsikosis atipikal golongan benzixosazole yaitu risperidon 2x2 mg. Obat ini mempunyai afinitas tinggi terhadap reseptor serotonin (5HT2) dan aktivitas menengah terhadap



reseptor dopamin (D2), $\alpha 1$ dan $\alpha 2$ adrenergik, serta histamin. Sindrom psikosis berkaitan dengan aktivitas neurotransmitter Dopamine yang mengikat (hiperreaktivitas sistem dopaminergik sentral), obat ini dapat memblokir Dopamine pada reseptor pasca-sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (*dopamine D2 receptor antagonist*). Dengan demikian obat ini efektif baik untuk gejala positif (halusinasi, gangguan proses pikir) maupun gejala negatif (upaya pasien yang menarik diri dari lingkungan). Risperidon dimetabolisme di hati dan diekskresi di urin. Dengan demikian perlu diadakan pengawasan terhadap fungsi hati.

Secara umum risperidon ditoleransi dengan baik. Efek samping sedasi, otonomik, dan ekstrapiramidal sangat minimal dibandingkan obat antipsikosis tipikal. Dosis anjurannya adalah 2-6 mg/hari. Pada pasien ini diberikan dosis 2x2 mg/hari. Untuk mengatasi gejala depresifnya, pada pasien diberikan obat anti depresi golongan trisiklik (TCA), yaitu Amitriptilin 25 mg (1x3 tablet/hari). Amitriptilin bekerja dengan cara menghambat ambilan kembali (*reuptake*) neuron transmitter seperti norepinefrin dan serotonin di ujung saraf pada sistem saraf pusat. Antidepresan trisiklik efektif mengobati depresi. Indikasi TCA yaitu untuk depresi berat termasuk depresi psikotik kombinasi dengan pemberian antipsikotik, depresi melankolik dan beberapa jenis ansietas. TCA meningkatkan pikiran, memperbaiki kewaspadaan mental, meningkatkan aktivitas fisik dan mengurangi angka kesakitan depresi utama sampai 50-70 % pasien. Peningkatan perbaikan alam pikiran lambat, memerlukan 2 minggu atau lebih. Obat-obat ini tidak menyebabkan stimulasi SSP atau peningkatan pikiran pada orang normal. Obat dapat digunakan untuk memperpanjang pengobatan depresi tanpa kehilangan efektivitas.

Simpulan

Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik yang persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana (*mood disorder*) seperti depresi, manik, atau episode campuran. Pasien pada ilustrasi kasus yang disajikan

didiagnosis dengan diagnosis gangguan skizoafektif tipe depresif yang mendapatkan psikoterapi dan terapi farmakologi berupa risperidon 2x2 mg dan Amitriptilin 25 mg (1x3 tablet/hari).^{10,11} Prognosis dari pasien ini sangat tergantung pada diagnosis yang ditegakkan sehingga terapi yang didapatkan adekuat. Selain itu dukungan keluarga sangat diperlukan untuk membantu kesembuhan pasien.

Daftar pustaka

1. Hawari D. Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2006.
2. Kaplan HI, Saddock BJ, Sinopsis Psikiatri: ed saddock BJ. Vol. 1. Edisi ke-6. USA: William and Wilkins; 2010.
3. Maslim R. Diagnosis Gangguan Jiwa : Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya; 2001.
4. World Health Organization. DEPRESSION: A Global Public Health Concern. USA: World Health Organization; 2012.
5. Mellisa CS. Schizoaffective disorder [internet]. 2013. [disitasi tanggal 10 Mei 2015]. Tersedia dari <http://www.medicinet.com>
6. Jibson MD. Schizophrenia: Clinical presentation, epidemiology, and pathophysiology. New York: Marcel Dekker; 2013.
7. American Psychiatric Association. 2013. DSM-V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Edisi ke-5. Washington, DC.
8. World Health Organization. World suicide prevention day 2012. World Health Organization [internet]. 2012. [disitasi pada 10 Mei 2015]. Tersedia dari: http://www.who.int/mediacentre/ev events/annual/world_suicide_prevention_day/en/
9. Kaplan, Harorld I, Benjamin J, Sadock, Jack AG. Gangguan Delusional. Jakarta: Binapura Aksara; 2010.
10. Maslim R. Panduan Praktis Penggunaan Obat Psikotropika. Edisi ke-2. Jakarta; 2001.



11. Guillin O. Neurobiology of Dopamine in Schizophrenia. New York: Department of psychiatry, columbia of Physicians and surgeons, new york State Psychiatric Institute. Columbia University. 2007; 78;1-39.