

Wanita 46 Tahun dengan Skizofrenia Paranoid

Tri Agung Sanjaya

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang berarti terpisah atau pecah, dan *phren* yang artinya jiwa. Pada skizofrenia, terjadi pecahnya atau ketidakserasian antara afeksi, kognitif, dan perilaku. Wanita 46 tahun datang dengan keluhan mengamuk tanpa alasan yang jelas. Sekitar 1 bulan sebelum masuk rumah sakit jiwa, pasien sering terlihat bicara sendiri dan tertawa sendiri. Selain itu, pasien susah untuk diajak berkomunikasi dan pembicaraannya sulit dimengerti. Pada pemeriksaan status psikiatrik didapatkan sikap kurang kooperatif, mood *irritable*, halusinasi auditorik, halusinasi visual *flight of ideas*, waham kebesaran, waham curiga, penilaian realita terganggu, dan tilikan derajat satu. Diagnosis multiaksial yaitu aksis I: skizofrenia paranoid, aksis II dan III: belum dapat ditegakkan diagnosisnya, aksis IV: masalah ekonomi ketidakpahaman pasien dengan kondisi penyakit, aksis V: GAF: 40-31. Terapi psikofarmaka adalah antipsikotik atipikal yaitu Risperidone dengan dosis 2x2 mg dan olanzapine 2x5 mg selama 5 hari, kemudian dilakukan observasi kembali serta psikoterapi suportif. Untuk penanganan pasien skizofrenia dibutuhkan tidak hanya berupa terapi obat-obatan melainkan juga disertai pemberian terapi psikologis untuk mempercepat pemulihan kondisi pasien. [J Agromed Unila 2014; 2(4):370-376]

Kata kunci: halusinasi, skizofrenia paranoid, waham

46 Years Old Woman with Paranoid Schizophrenia

Abstract

Schizophrenia is derived from the Greek, "schizein" which means separate or broken, and "phren" which means soul. Inconsistency between affective, cognitive, and behavioral occurs in schizophrenia. A 46-year-old woman came with complaints rages for no apparent reason. Approximately one month before entering the mental hospital, patient's family said that patients often talked and laughed to herself. In addition, the patient was difficult to communicate with, and when being asked, the conversation is not disconnected and difficult to understand. In psychiatric status obtained less cooperative attitude, mood irritable, auditory hallucination, visual hallucination, flight of ideas, supposition greatness paranoid, disturbed reality assessment, insight degree one. The diagnosis of the patient in the form of multiaxial that axis diagnosis: paranoid schizophrenia, axis II and III: can not yet established the diagnosis, axis IV: economic problems, incomprehension of patients with disease conditions, axis V: GAF:40-31. The pharmacological therapy were atypical antipsychotic therapy, 2x2 mg doses of risperidone and olanzapine 2x5 mg tab for five days later observations and supportive therapy. The treatment of patients with schizophrenia is needed not only in the form of drug therapy, but also with the provision of psychological therapies to accelerate the recovery of the patient's condition. [J Agromed Unila 2015, 2(4):370-376]

Keywords: hallucination, paranoid schizophrenia, supposition

Korespondensi: Tri Agung Sanjaya | Perum. Vila Mutiara Blok F2 No 1 Kel. Kampung Baru Kec. Kedaton Bandar Lampung
HP 081272148699 | e-mail: triagungsanjaya@rocketmail.com

Pendahuluan

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang berarti terpisah atau pecah, dan *phren* yang artinya jiwa. Pada skizofrenia, terjadi pecahnya atau ketidakserasian antara afeksi, kognitif, dan perilaku.¹ Skizofrenia adalah suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau *deteriorating*) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya.¹

Skizofrenia paranoid sendiri memiliki gejala berupa halusinasi dan atau waham harus menonjol, seperti suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit, mendengung, atau bunyi tawa, ataupun waham dapat berupa hampir setiap jenis, tetapi waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau *passivity* (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam adalah yang paling khas. Gangguan

afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata/menonjol.²⁻³

Pasien skizofrenia paranoid biasanya berumur lebih tua daripada pasien skizofrenia terdisorganisasi atau katatonik jika mereka mengalami episode pertama penyakitnya. Pasien yang sehat sampai akhir usia 20 atau 30 tahunan biasanya mencapai kehidupan sosial yang dapat membantu mereka melewati penyakitnya. Kekuatan ego paranoid juga cenderung lebih besar dari pasien katatonik dan terdisorganisasi. Pasien skizofrenia paranoid menunjukkan regresi yang lambat dari kemampuan mentalnya, respon emosional, dan perilakunya dibandingkan tipe lain pasien skizofrenia.²⁻³

Kasus

Wanita 46 tahun datang dengan keluhan mengamuk tanpa alasan yang jelas. Sekitar 1 bulan sebelum masuk rumah sakit jiwa, keluarga pasien menyampaikan bahwa pasien sering terlihat bicara sendiri dan tertawa sendiri. Selain itu, pasien susah untuk diajak berkomunikasi dan apabila ditanya maka pembicaraannya tidak menyambung dan sulit dimengerti. Keluhan disertai dengan sering menceramahi anggota keluarganya dan juga tetangga sekitarnya. Pasien juga sering terlihat gelisah dan berjalan mondar-mandir tanpa tujuan. Pasien terlihat serta mengalami perubahan dalam perilaku seperti hilangnya minat untuk beraktivitas sehari-hari seperti jarang mandi, makan dan pasien sering terlihat jarang tidur pada malam hari.

Tiga hari sebelum masuk rumah sakit jiwa, keluarga pasien menyampaikan bahwa pasien mengamuk tanpa sebab yang jelas. Menurut pasien, dirinya pada saat itu diberi kekuatan untuk menyembuhkan dan mengemban tugas untuk mengajak orang ke jalan yang benar. Namun menurut keluarganya, pasien tampak mengamuk dan memarahi orang-orang di sekitarnya tanpa alasan jelas. Pasien mengatakan sering mendengar bisikan bisikan ada orang yang tidak menyukai dirinya. Selain itu, pasien melihat bayangan makhluk besar bermata merah.

Saat pemeriksaan di rumah sakit jiwa setelah 5 hari perawatan, pasien masih terlihat bicara sendiri dan suka bernyanyi sendiri serta sering menceramahi orang di sekitarnya. Pasien mengatakan dan merasa bahwa dirinya

tidak sakit, sehingga dia tidak tahu alasan mengapa ia dibawa ke rumah sakit.

Perubahan perilaku muncul 4 bulan lalu, ketika itu pasien mengalami tekanan akibat pasien tidak memiliki cukup uang ketika sedang membangun rumah. Selain itu, pasien juga sempat terlibat masalah dengan tetangganya disebabkan pembangunan rumah tersebut. Semenjak itu pasien juga mulai terlihat bicara sendiri dan susah untuk diajak berkomunikasi dan karena perubahan perilakunya tersebut akhirnya pasien dibawa ke tabib dan orang pintar. Namun setelah berobat pun kondisi pasien tidak menunjukkan perubahan. Puncaknya pada April 2014, sekitar 3 hari sebelum masuk rumah sakit jiwa, pasien marah dan mengamuk di rumahnya. Akhirnya pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung dan dirawat selama 20 hari. Akhirnya pasien mengalami perbaikan dan boleh pulang.

Selama perawatan di rumah, pasien tidak rutin minum obat dan minum obat hanya ketika pasien ingin minum saja. Keluarga mencoba mengingatkan dan membujuk untuk minum obat secara teratur, namun pasien malah tersinggung, marah, dan tidak mau meminum obatnya lagi karena merasa bahwa dirinya tidak sakit. Akhirnya pasien dibawa kembali ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung.

Pasien tidak pernah mengalami kejang atau epilepsi. Adanya riwayat trauma seperti terjatuh dan terbentur pada kepala serta infeksi pada otak seperti meningitis, ensefalitis, malaria serebral, serta keganasan seperti tumor otak disangkal baik pasien maupun keluarga. Adanya riwayat penyakit seperti diabetes mellitus, asma, penyakit jantung dan paru-paru, serta penyakit yang mengharuskan pasien minum obat dalam jangka waktu lama disangkal oleh pasien maupun keluarga. Riwayat penggunaan zat psikoaktif dan alkohol disangkal oleh pasien maupun keluarga.

Adapun riwayat pasien sejak awal lahir (prenatal dan perinatal) Belum diketahui. Sedangkan riwayat masa kanak awal (0-3 tahun) Pasien tidak ingat masa kanak-kanaknya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien menjalani masa pendidikannya di Sekolah Dasar namun hanya sampai kelas 4 SD dikarenakan kesulitan ekonomi. Pada masa kanak akhir dan remaja, pasien mengatakan bahwa pasien memiliki banyak teman saat di bangku SD. Adapun masa dewasa meliputi riwayat pekerjaan sehari-hari pasien bekerja

sebagai tukang pijit. Riwayat psikoseksual pasien yaitu pasien menikah dengan dan dikaruniai 4 orang anak. Pasien beragama Islam dan rajin beribadah. Dalam aktivitas sosial, Keluarga mengatakan bahwa pasien mempunyai hubungan baik dengan tetangga dan lingkungan sekitarnya.

Pasien tidak memiliki riwayat ditangkap dan ditahan pelanggaran hukum dan belum pernah oleh polisi. Situasi kehidupan saat ini pasien tinggal di rumah dengan suami, serta dua orang anaknya yaitu anak ketiga dan anak keempat. Berdasarkan Riwayat keluarga, pasien merupakan anak pertama dari tujuh bersaudara. Keluarga menyangkal adanya anggota keluarga yang menderita penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi asma, paru dan jantung. Riwayat adanya gangguan jiwa pada keluarga disangkal.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan keadaan umum baik, kesadaran Compos Mentis, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 82x/menit, laju napas 20x/menit, suhu 36,1°C, status generalis, neurologis, maupun pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Status psikiatrik didapatkan seorang wanita, berperawakan besar dengan penampilan sesuai dengan usianya, kulit tampak kusam, kesan gizi berlebih. Kondisi perilaku dan aktivitas psikomotor yaitu pasien tampak tidak tenang, sesekali menggerakkan tangan dan mengubah posisi tubuhnya. Sikap terhadap pemeriksa ketika wawancara kurang kooperatif.

Adapun pembicaraan pasien spontan, bicara lancar, jelas dengan volume kuat, artikulasi tidak jelas, amplitudo jelas, kualitas kurang dan kuantitas berlebih. Berdasarkan mood, afek dan keserasian didapatkan mood yang irritable, disertai afek menyempit. Keserasian antara mood afek dan tingkah laku tampak serasi namun empati tidak dapat dirasakan.

Berdasarkan gangguan persepsi yang ditemukan meliputi adanya halusinasi auditorik dimana pasien mendengar bisikan yang memerintahkan dia untuk menyembuhkan orang-orang yang sakit dan memberitahu orang yang dianggap tersesat untuk kembali ke jalan yang benar disertai halusinasi visual dimana pasien melihat bayangan mahluk besar bermata merah. Adapun ilusi, depersonalisasi dan derealisasi belum ditemukan.

Dalam penilaian pada pikiran pasien seperti arus dan proses pikir serta isi pikir. Pada

arus dan proses pikir meliputi produktivitas dirasa cukup, namun tidak ditemukan relevansi. Kontinuitas jawaban yang disampaikan pasien tidak berhubungan dengan pertanyaan yang diajukan namun masih dapat dimengerti (*flight of ideas*) Sedangkan pada isi pikir ditemukan waham kebesaran dan waham curiga.

Adapun fungsi kognitif meliputi kesadaran dalam keadaan compos mentis/baik. Orientasi pasien meliputi waktu, tempat dan orang dalam kondisi baik. Konsentrasi serta daya ingat pasien baik daya ingat jangka segera, jangka pendek dan jangka panjang dalam keadaan baik. Pada daya nilai dan tilikan meliputi daya nilai sosial sulit dinilai, uji daya nilai sulit dinilai, penilaian realita terganggu, dan tilikan derajat satu.

Diagnosis pasien berupa diagnosis multiaksial, yaitu aksis I: skizofrenia paranoid remisi parsial, aksis II dan III: belum dapat ditegakkan diagnosis, aksis IV: masalah ekonomi, ketidakpahaman pasien dengan kondisi penyakit, aksis V: *Global Assessment of Functioning* (GAF) dengan rentang 40-31 dengan arti adanya disabilitas dalam hubungan realita dan komunikasi serta disabilitas berat dalam beberapa fungsi. Terapi psikofarmaka yang diberikan adalah antipsikotik atipikal dari golongan benzisoxazole, yaitu risperidone dengan dosis 2x2 mg dan olanzapine 2x5 mg selama 5 hari untuk menurunkan gejala gejala positif dan negatif pada skizofrenia. Setelah 5 hari, dilakukan observasi untuk melihat adakah perubahan pada gejala pasien dan juga melihat adanya efek sekunder (efek samping) yang mungkin terjadi. Bila tidak ditemukan efek samping, maka obat dapat dilanjutkan sampai 5 hari, kemudian dilakukan observasi kembali serta psikoterapi suportif.

Pembahasan

Berdasarkan riwayat gangguan pasien, ditemukan adanya riwayat pola perilaku yang secara klinis bermakna dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala yang menimbulkan penderitaan (*distress*) dan menimbulkan disabilitas (*disability*) dalam aktivitas kehidupan sehari-hari. Dengan demikian berdasarkan Pedoman dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III), dapat disimpulkan bahwa pasien menderita gangguan jiwa.

Diagnosis gangguan mental organik (F00-F09) dapat disingkirkan karena dari anamnesis tidak didapatkan adanya riwayat pasien tidak

pernah mengalami kejang atau epilepsi. Adanya riwayat penyakit seperti diabetes mellitus, asma, penyakit jantung dan paru-paru, serta penyakit yang mengharuskan pasien minum obat dalam jangka waktu lama disangkal oleh pasien maupun keluarga. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik juga tidak ditemukan kondisi medis umum yang mempengaruhi fungsi otak. Pada pemeriksaan status mental juga tidak ditemukan adanya gejala kelainan organik.

Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (F10-F19) juga dapat disingkirkan karena penggunaan zat psikoaktif dan alkohol disangkal oleh pasien maupun keluarga.

Berdasarkan gejala yang diamati dan ditemukan, diagnosis mengarah pada gangguan skizofrenia (F20). Adapun untuk menegakkan diagnosis skizofrenia pasien harus memenuhi kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)* atau *International Statistical Classification of Diseases (ICD-X)*. Adapun kriteria berdasarkan DSM-IV, yaitu²⁻³:

1. Berlangsung paling sedikit enam bulan.
2. Penurunan fungsi yang cukup bermakna, yaitu dalam bidang pekerjaan, hubungan interpersonal, dan fungsi kehidupan pribadi.
3. Pernah mengalami psikotik aktif dalam bentuk yang khas selama periode tersebut.
4. Tidak ditemui gejala-gejala yang sesuai dengan skizoafektif, gangguan mood mayor, autisme, atau gangguan organik.²⁻³

Pada kasus ini pasien didiagnosa sebagai gangguan skizofrenia paranoid (F20.0). Hal ini harus dibedakan dengan kondisi gangguan waham lain seperti gangguan skizoafektif (F25). Gangguan skizoafektif memiliki gejala khas skizofrenia yang jelas dan pada saat bersamaan juga memiliki gejala gangguan afektif yang menonjol. Adapun pedoman diagnostik gangguan skizoafektif berdasarkan PPDGJ III.²⁻³

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

2. Tidak dapat digunakan untuk pasien yang menampilkan gejala skizofrenia dan gangguan afektif tetapi dalam episode penyakit yang berbeda.
3. Bila seorang pasien skizofrenik menunjukkan gejala depresif setelah mengalami suatu episode psikotik, diberi kode diagnosis F20.4 (depresi pasca-skizofrenia). Beberapa pasien dapat mengalami episode skizoafektif berulang, baik berjenis manik (F25.0) maupun depresif (F25.1) atau campuran dari keduanya (F25.2). Pasien lain mengalami satu atau dua episode manik atau depresif (F30-F33).²⁻³

Berdasarkan keterangan tersebut, bahwa diagnosis skizoafektif dibuat apabila gejala-gejala definitif gangguan skizofrenia dan gangguan afektif sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan (*simultaneously*), atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain, dalam satu episode penyakit yang sama.²⁻³ Sedangkan perlu diketahui bahwa kondisi pasien mengalami perubahan mood menjadi elasi pada saat wawancara. Sedangkan untuk gangguan skizoafektif, gangguan skizofrenia dan gangguan afektif harus muncul disaat bersamaan saat dimulainya gejala atau beberapa hari setelahnya. Kondisi mood pasien yang elasi ini baru dimulai sejak pasien mendapatkan terapi obat-obatan bukan pada saat dimulainya gejala awal satu bulan lalu ataupun beberapa hari setelahnya. Penentuan diagnosis pada pasien psikiatri ini harus benar-benar dipastikan melalui anamnesis yang rinci dan kondisi mood yang elasi saat wawancara bisa saja tidak didapatkan pada wawancara selanjutnya.

Semua pasien skizofrenia mesti digolongkan ke dalam salah satu dari sub tipe yang telah disebutkan di atas. Subtipe ditetapkan berdasarkan atas manifestasi perilaku yang paling menonjol. Sedangkan kriteria diagnostik skizofrenia-F20 (PPDGJ III) harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) di bawah ini:²⁻³

1. "*thought echo*", yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan; walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau "*thought insertion or withdrawal*", yaitu isi pikiran

- yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan "*thought broadcasting*", yaitu isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;
2. "*delusion of control*", yaitu waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau "*delusion of influence*", yaitu waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau "*delusion of passivity*", yaitu waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar (tentang dirinya = secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus); "*delusion perception*", yaitu pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;
 3. Halusinasi auditorik, yaitu suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
 4. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).²⁻³

Atau paling sedikit dua gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas:²⁻³

1. Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan;
2. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*) yang berakibat inkohereni atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme;
3. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu

(*posturing*), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor;

4. Gejala-gejala "negatif", seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.²

Adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodormal). Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behaviour*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self-absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.²⁻³

Gejala klinis skizofrenia secara umum dan menyeluruh telah diuraikan di muka, dalam PPDGJ III skizofrenia dibagi lagi dalam 9 tipe atau kelompok yang mempunyai spesifikasi masing-masing. Berdasarkan gejala pasien, diagnosis diarahkan ke skizofrenia dengan ciri paranoid. Adapun ciri skizofrenia paranoid memenuhi kriteria diagnostik skizofrenia. Sebagai tambahan halusinasi dan/atau waham harus menonjol, yaitu : a) suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit, mendengung, atau bunyi tawa; b) halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol; c) waham dapat berupa hampir setiap jenis, tetapi waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau *passivity* (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam, adalah yang paling khas. Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata/menonjol.²⁻³

Pada pasien ini, keluhan-keluhan yang timbul sudah memenuhi kriteria diagnostik untuk skizofrenia, yaitu berupa waham yang menetap, dan adanya halusinasi auditorik dan hal ini sudah mulai dirasakan sejak 4 bulan lalu (kriteria DSM IV: 6 bulan), sedangkan kriteria

ICD-X /PPDGJ III adalah 1 bulan. Untuk skizofrenia paranoid, gejala pasien sudah memenuhi kriteria meliputi dua hal, yaitu adanya halusinasi yang menetap dan adanya waham, yaitu waham kebesaran di mana pasien merasa bahwa dirinya diberi kekuatan untuk menyembuhkan dan mengemban tugas untuk mengajak orang ke jalan yang benar.

Pasien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan yang memberitahukan ada orang yang tidak menyukai dirinya. Menurut pasien, bisikan ini sudah dia dengar sejak satu bulan sebelumnya dan bisikan ini didengar saat pasien beraktivitas baik pagi dan siang hari, sehingga sesuai dengan kriteria ICD-X, untuk skizofrenia (F.20) adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodormal).²⁻³

Untuk penatalaksanaan pasien, diberikan obat-obat yang masuk dalam antipsikotik risperidone 2x2 mg tablet dan olanzapine 2x5 mg tablet untuk menekan gejala psikotik yang timbul. Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi, dan perubahan pola pikir yang terjadi pada skizofrenia. Pasien mungkin dapat mencoba beberapa jenis antipsikotik sebelum mendapatkan obat atau kombinasi obat antipsikotik yang benar-benar cocok bagi pasien. Terdapat 2 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu antipsikotik konvensional/tipikal dan antipsikotik atipikal.⁴⁻⁶

Untuk pemilihan obat, antipsikotik atipikal merupakan terapi pilihan untuk penderita skizofrenia episode pertama karena efek samping yang ditimbulkan minimal dan risiko untuk terkena *tardive dyskinesia* lebih rendah. Biasanya obat antipsikotik membutuhkan waktu beberapa saat untuk mulai bekerja. Sebelum diputuskan pemberian salah satu obat gagal dan diganti dengan obat lain, para ahli biasanya akan mencoba memberikan obat selama 6 minggu (2 kali lebih lama pada clozaril).⁴⁻⁶

Keadaan relaps (kambuh) biasanya timbul bila penderita berhenti minum obat. Untuk itu, sangat penting untuk mengetahui alasan mengapa penderita berhenti minum obat. Terkadang penderita berhenti minum obat karena efek samping yang ditimbulkan oleh obat tersebut. Apabila hal ini terjadi,

dokter dapat menurunkan dosis, menambah obat untuk efek sampingnya, atau mengganti dengan obat lain yang efek sampingnya lebih rendah. Pemberian obat dengan injeksi lebih mudah dalam penerapannya untuk pasien yang tidak mau atau sulit teratur minum obat atau pada pasien yang tidak efektif terhadap medikasi oral. Adapun obat antipsikotik yang sering digunakan secara injeksi adalah Fluphenazine dan Haloperidol dan sering digunakan untuk terapi stabilisasi dan pemeliharaan.⁴⁻⁶

Adapun pada kasus ini, digunakan antipsikotik yang bersifat atipikal seperti Risperidone dengan mekanismenya yaitu memblokir reseptor D2 sehingga menghambat aktivitas dopamine dan juga memblokir reseptor serotonin (5-HT) sehingga sesuai untuk mengatasi simtom positif (mesolimbik) dan juga simtom negatif (mesokorteks) Memiliki efek samping gejala ekstrapiramidal (EPS) yang minimal DAN juga memiliki kelebihan yaitu memiliki efek antimuskarinik dan anti histaminergik.⁴⁻⁶

Pada pasien ini, dilakukan program pemberian terapi psikologis berupa terapi kelompok di mana pasien diberikan kesempatan untuk berinteraksi dengan sesama pasien lain kemudian diajak untuk beraktivitas dengan anggota kelompok lain seperti senam, bernyanyi, dan membersihkan lingkungan. Hal ini diyakini memberikan efek yang positif untuk penyembuhan dan perbaikan kondisi pasien.

Psikoterapi suportif (juga disebut psikoterapi berorientasi hubungan) menawarkan dukungan kepada pasien. Pada kasus ini dukungan dari orang terdekat seperti keluarga pasien semestinya dapat berperan besar untuk membantu pemulihan kondisi mental pasien selama periode penyakit. Pendekatan ini juga memiliki tujuan untuk memulihkan dan memperkuat pertahanan pasien dan mengintegrasikan kapasitas yang telah terganggu. Cara ini memberikan suatu periode penerimaan dan ketergantungan bagi pasien yang membutuhkan bantuan untuk menghadapi rasa bersalah, malu, dan kecemasan, dan dalam menghadapi frustrasi atau tekanan eksternal yang mungkin terlalu kuat untuk dihadapi.⁷

Psikoterapi suportif dapat memainkan peran kunci dalam mencegah eksaserbasi dari lebih mengganggu kehidupan pasien. Sangat

penting untuk memahami fluktuasi penyakit ini dalam konteks penilaian risiko. Sebagai contoh, risiko bunuh diri tertinggi dalam dua minggu pertama setelah pulang dari sebuah rumah sakit rawat inap. Oleh karena itu penting untuk memberikan psikoterapi suportif ini dan masa stres lain transisi.⁷

Jika anggota keluarga hadir, klinisi dapat memutuskan untuk melibatkan mereka di dalam rencana pengobatan. Tanpa menjadi terlihat berpihak pada musuh, klinisi harus berusaha mendapatkan keluarga sebagai sekutu di dalam proses pengobatan. Sebagai akibatnya, baik pasien dan anggota keluarganya perlu mengerti bahwa konfidensialitas dokter-pasien akan dijaga oleh ahli terapi dan dengan demikian membantu pasien.⁸

Pelatihan keterampilan sosial dirancang untuk mengajari para penderita skizofrenia bagaimana dapat berhasil dalam berbagai situasi interpersonal yang sangat beragam, antara lain membahas pengobatan mereka dengan psikiater, memesan makanan di restoran, mengisi formulir lamaran kerja, dan belajar melakukan wawancara kerja (kadang disebut rehabilitasi pekerjaan). Dengan melakukan hal-hal tersebut memungkinkan orang yang bersangkutan mengambil bagian lebih besar dalam hal-hal positif yang terdapat di luar tembok-tembok institusi mental sehingga meningkatkan kualitas hidup mereka.⁸⁻⁹

Simpulan

Dalam melakukan observasi dan wawancara terhadap pasien skizofrenia ditemui kesulitan terkait ketidakpatuhan pasien dalam meminum obatnya terutama setelah pasien rawat jalan. Hal ini terlihat dari kembalinya pasien untuk dirawat inap kembali ke Rumah Sakit Jiwa dalam rentang waktu yang singkat setelah sebelumnya pasien dibolehkan untuk pulang/rawat jalan. Selain itu, dari keterangan keluarga pasien yang mengatakan

bahwa pasien tidak meminum obatnya disebabkan penyangkalan pasien terhadap penyakitnya. Untuk penanganan pasien skizofrenia dibutuhkan tidak hanya berupa terapi yang berupa obat-obatan melainkan juga harus disertai pemberian terapi psikologis untuk mempercepat pemulihan kondisi pasien.

Daftar Pustaka

1. Kaplan, Harold IS, Benjamin JG, Jack A. Mood disorder: synopsis of psychiatry (terjemahan). Edisi Pertama. Tangerang: Binarupa aksara; 2010.
2. American Psychological Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorders [dsm IV] [internet]. Washington DC: APA; 2003 [diakses tanggal 13 Januari 2015]. Tersedia dari: <http://www.psychiatry.org/>
3. Maslim R. Buku saku diagnosis gangguan jiwa, rujukan ringkas PPDGJ-III. Jakarta: FK Unika Atma Jaya; 2003.
4. Maslim R. Panduan praktis penggunaan klinis obat psikotropik. Edisi Ke-3. Jakarta: FK Unika Atma Jaya; 2007.
5. Peter JW, Patricia LS, Joshep PM, Allen F, Ruth R. Expert consensus treatment guidelines for schizophrenia: a guide for patients and families. J Clin Psychiatry. 1999; 60(suppl 11): 1-8.
6. Schizophrenia treatment [internet]. UK: Psychiatrist4U; 2014 [diakses tanggal 13 Januari 2015]. Tersedia dari: <http://www.psychiatrist4u.co.uk/>
7. Corey G. Teori dan praktek konseling dan psikoterapi. Bandung: Refika aditama; 2007.
8. Brown JH, Bledsoe LK, Yankeelov PA, Christensen DN, Rowan NL, Cambron M. Family therapy theory and practice. California: University of Louisville; 1999.
9. Nolen SH. Abnormal psychology. Edisi ke-4. New York: McGraw-Hill; 2006.