

PARANOID TYPES OF SCHIZOPHRENIA

Tetra Arya Saputra

Faculty of Medicine, Universitas Lampung

Abstract

Schizophrenia is an terminology of major psychiatric disorders that characterized by changes in perception, thought, affect, and behaviour. The disorder was on 1% of the adult people and generally at the onset of adolescence or age of consent. Paranoid type schizophrenia is the most stable type and often occurred. Mrs. K, 43 years old, present with chief complain of unreasonable anger since one week ago. The patient locked herself in her room and avoided the people. The patient has not drank the medicines since a month ago. The patient has mental disorders history since 1995, and went to outpatients clinic routinely but did not consume the medicines routinely. The medicines were risperidone, stelazine, and trihexylpenidyl, by consuming those patients felt improvement. General and neurologist examination was normal. Blood pressure was 130/80 mmHg, pulse was 82 /minute, respiratory rate was 20x/minute, and temperature was 36,7^o C. The psychiatric status self care was good, compos mentis, calm, the talking was spontaneous, cooperative, mood eutimia, the affect was extensive, appropriate, and cognitif was good. There were auditory and visual halusination, no illusion, no depersonalisation or derealisation. There were delusion of control, delusions of greatness, delusions of pursue, delusions of mystical magic. The judgement capability was interrupted and insight grade 1. The management of risperidone was 2x2 mg/day and also given supportive psychotherapy. The paranoid type schezophrenia is mental disorder that often occured at the end of adolescence or age of consent. [J Agromed Unila 2014; 1(1):42-8]

Keywords: diagnose, paranoid, risperidone, schizophrenia.

Abstrak

Skizofrenia adalah istilah yang menggambarkan gangguan psikiatrik mayor ditandai dengan perubahan persepsi, pikiran, afek, dan perilaku. Gangguan ini mengenai 1% populasi dewasa dan biasanya onsetnya usia remaja akhir atau awal dewasa. Skizofrenia paranoid merupakan tipe paling stabil dan paling sering terjadi. Ny. K, 43 tahun, datang dengan keluhan marah tanpa sebab sejak 1 minggu. Pasien sering mengurung diri di kamar dan menghindari orang. Selama 1 bulan terakhir pasien tidak minum obat. Pasien mengalami gangguan jiwa sejak tahun 1995, sudah pernah dirawat dan rutin berobat jalan namun tidak rutin dalam mengonsumsi obat. Obat yang diminum adalah risperidon, stelazine, dan trihexyphenidyl, pasien merasa keluhan berkurang setelah mengonsumsi obat tersebut. Status generalis dan neurologis normal. Tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit, dan suhu 36,7^oC. Status psikiatrik perawatan diri baik, compos mentis, perilaku tenang, pembicaraan spontan, sikap kooperatif, mood eutimia, afek luas, sesuai, dan fungsi kognitif baik. Adanya halusinasi auditorik dan halusinasi visual, tidak ada ilusi, depersonalisasi, maupun derealisasi. Arus pikiran tidak ada kelainan. Adanya waham dikendalikan, waham kebesaran, waham kejar, waham magis mistik. Daya Nilai terganggu dan tilikan derajat 1. Penatalaksanaan risperidone 2x2 mg/hari, dan juga diberikan psikoterapi suportif. Skizofrenia tipe paranoid merupakan gangguan jiwa yang sering terjadi pada usia remaja akhir atau dewasa. [J Agromed Unila 2014; 1(1):42-8]

Kata Kunci: diagnosis, paranoid, risperidone, skizofrenia.

...

Korespondensi: Tetra Arya Saputra | arya4saputra@yahoo.co.id

Pendahuluan

Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang.¹ Skizofrenia dapat ditemukan pada semua kelompok masyarakat dan di berbagai daerah.² Gangguan ini mengenai hampir 1% populasi dewasa dan biasanya onsetnya pada usia remaja akhir atau awal masa dewasa.^{2,3} Pada laki-laki biasanya mulai pada usia lebih muda yaitu 15-25 tahun sedangkan pada perempuan yaitu sekitar 25-35 tahun.²

Skizofrenia mungkin berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut *neurotransmitter*, yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas *neurotransmitter dopamine* yang berlebihan di bagian-bagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap *dopamine*. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivitas *dopamine* yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa *neurotransmitter* lain seperti *serotonin* dan *norepinephrine* tampaknya juga memainkan peranan.^{4,5}

Skizofrenia tipe paranoid merupakan tipe paling stabil dan paling sering terjadi. Gejala terlihat sangat konsisten, pasien dapat atau tidak bertindak sesuai wahamnya.² Ciri utama skizofrenia tipe paranoid adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Waham biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran, atau keduanya, tetapi waham dengan tema

lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatisasi) mungkin juga muncul. Ciri-ciri lainnya meliputi kecemasan, kemarahan, menjaga jarak, suka berargumentasi, agresif dan jarang menunjukkan sikap disorganisasi.⁶

Pasien penderita skizofrenia hampir 80% mengalami kekambuhan secara berulang. Prognosis penyakit ini juga kurang menggembirakan, sekitar 25% pasien dapat pulih dari episode awal dan fungsi nya dapat kembali pada tingkat premorbid. Sekitar 25% tidak akan pernah pulih dan perjalanan penyakitnya cenderung memburuk, sekitar 50% pasien berada diantara keduanya yang ditandai dengan kekambuhan periodik dan ketidakmampuan berfungsi efektif kecuali untuk waktu singkat.⁷

Sumber lain menyebutkan bahwa dengan pengobatan yang tepat dan bila penderita datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama maka kira-kira sepertiga dari penderita akan sembuh total (*full remision* atau *recovery*). Sepertiga lainnya dapat dikembalikan ke masyarakat walaupun masih didapati cacat sedikit dan mereka masih harus sering diperiksa dan diobati selanjutnya (*social recovery*).⁸

Keluarga berperan penting dalam menentukan cara atau asuhan keperawatan yang diperlukan oleh pasien. Keluarga memiliki fungsi strategis dalam meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta pasien dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya. Seseorang dengan dukungan yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga.⁹

Prognosis dan perjalanan penyakit skizofrenia pada laki-laki lebih buruk dibandingkan pada penderita perempuan sehingga lebih cepat terlihat. Penyebabnya dapat karena faktor genetik, lingkungan atau pengaruh dari dalam diri sendiri.¹⁰

Kasus

Pasien Ny. K usia 43 tahun, datang diantar oleh suami ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung dengan keluhan marah tanpa sebab jelas sejak 1 minggu yang lalu. Selain marah-marah, pasien juga lebih banyak mengurung diri didalam kamar dan menghindari orang lain. Pasien masih dapat makan dan minum sendiri dan masih dapat mengurus kebutuhan pribadinya. Selama 1 bulan terakhir pasien tidak mau minum obat.

Pasien merasa dirinya seperti dirasuki dan merasa dikendalikan oleh setan. Pasien sering mendengar adanya suara bisikan memanggil atau menyuruh untuk melakukan aktivitas namun pasien tidak dapat menangkap pesan karena diucapkan terlalu cepat. Pasien sering melihat bayangan laki-laki, menggunakan jubah berwarna merah dan sering muncul di belakang rumah pasien dan secara cepat bayangan menghilang. Pasien sering berkhayal menjadi orang yang kaya dan pasien melakukan ritual pesugihan. Pasien merasa dikejar dan akan dibunuh oleh setan untuk dijadikan tumbal dari kegiatan pesugihan yang dilakukan olehnya. Pasien merasa dirinya mengalami proses renkarnasi (hidup kembali). Pasien merasa bahwa dirinya diguna-guna dan ingin dijahati oleh orang lain, namun ia merasa tidak memiliki musuh. Pasien mengaku dirinya berasal dari luar negeri, memiliki

tanah yang luas dan merasa paling kaya.

Pasien seorang guru SD di daerah mesuji, pasien tidak merasa nyaman bekerja di Mesuji karena kepala sekolah yang sering mengadukan dirinya ke kepala dinas dikarenakan sering tidak mengajar. Pasien merasa tidak nyaman dengan lingkungan di Mesuji, karena lingkungan orang kaya dan pasien merasa minder untuk bergaul.

Menurut keluarga, pasien mengalami gangguan jiwa sejak tahun 1995 dan terakhir dirawat pada bulan april 2013. Setelah pulang dari Rumah Sakit Jiwa, pasien kontrol ke poliklinik namun tidak rutin dalam mengonsumsi obat. Obat yang diminum adalah *risperidone*, *stelazine*, dan *trihexyphenidyl*. Setelah mengonsumsi obat, keluhan dirasakan berkurang.

Pertumbuhan dan perkembangan pasien sesuai dengan usianya. Pasien merupakan lulusan sekolah guru dan bekerja sebagai guru. Pasien memiliki 2 orang anak, anak pertamanya meninggal dunia setelah lahir karena prematur. Dalam keluarga, kakak pasien memiliki keluhan yang gangguan jiwa. Riwayat trauma pada kepala, demam tinggi, kejang, penggunaan zat psikoaktif, merokok, dan alkohol tidak ada.

Status generalis dan status neurologis tidak ditemukan kelainan. Tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 82 kali permenit, pernafasan 20 kali permenit, dan suhu 36,7⁰C. Status psikiatrik didapatkan Ny. K, 43 tahun kesan rapih dan perawatan diri baik. Kesadaran compos mentis, perilaku tenang, pembicaraan spontan, sikap kooperatif. Mood eutimia, afek luas, sesuai. Fungsi kognitif baik. Adanya halusinasi auditorik dan halusinasi visual, namun tidak ada ilusi, depersonalisasi, maupun derealisasi.

Arus pikiran tidak ada kelainan. Adanya waham dikendalikan, waham kebesaran, waham kejar, waham *magicmistic*. Daya nilai terganggu, tilikan derajat 1.

Diagnosis pasien berupa diagnosis multiaksial yaitu aksis I: skizofrenia paranoid, aksis II dan aksis III: tidak ada diagnosis, aksis IV: stress psikososial, aksis V: *Current Global of Assessment Functioning (GAF) Scale* 60-51. Penatalaksanaan pada kasus ini adalah psikofarmaka diberikan oral risperidone 2x2 mg perhari, dan juga diberikan psikoterapi suportif seperti ventilasi, konseling mengenai penyakitnya, dan sosioterapi.

Pembahasan

Diagnosis pada penderita gangguan jiwa berupa diagnosis multiaksial yang terdiri dari 5 aksis yaitu aksis I adalah gangguan klinis dan kondisi lain yang menjadi fokus perhatian klinis, aksis II adalah gangguan kepribadian dan retardasi mental, aksis III adalah kondisi medik umum, aksis IV adalah masalah psikososial dan lingkungan, dan aksis V adalah penilaian fungsi secara global.

Tujuan dari diagnosis multiaksial adalah mencakup informasi yang komprehensif 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 diagnosis klinis yang sama. Selain itu, diagnosis multiaksial juga memacu penggunaan model bio-psiko-sosial dalam klinis, pendidikan, dan penelitian.^{1,11} pada pasien ini didiagnosis multiaksial yaitu aksis I:

skizofrenia paranoid, aksis II dan aksis III: tidak ada diagnosis, aksis IV: stress psikososial, aksis V: *Current GAF Scale* 60-51.

Dari anamnesa yang dilakukan pada pasien dan suami pasien didapatkan pasien tidak memiliki riwayat cedera kepala, kejang ataupun stroke, dan hasil pemeriksaan fisik semuanya dalam batas normal sehingga diagnosis gangguan mental organik dapat disingkirkan. Gangguan mental dan organik akibat penggunaan zat juga dapat disingkirkan karena pasien tidak pernah merokok, mengonsumsi alkohol ataupun zat psikoaktif lainnya.¹¹

Pada pasien didapatkan waham dikendalikan, halusinasi auditorik, halusinasi visual, waham magis mistik, waham kejar, waham kebesaran dan lebih banyak mengurung diri didalam rumah. Pasien juga sudah mengalami gangguan jiwa sejak tahun 1995 dan pada tahun 2001 pasien pertama kali dirawat di RSJ Provinsis Lampung. Melanjutkan berobat jalan poliklinik RSJ ataupun di RS di Kotabumi namun tidak rutin dalam mengonsumsi obat. Setelah mengonsumsi obat, keluhan dirasakan berkurang. Berdasarkan gejala dan tanda yang ditemukan pada pasien, diagnosis lebih diberatkan pada skizofrenia tipe paranoid. Jika dilihat dari perjalanan penyakit pasien yang sudah mengalami perbaikan tetapi masih ada gejala negatif, maka lebih jauh ditegakan diagnosis skizofrenia paranoid remisi tak sempurna.¹²

Kriteria diagnosis untuk skizofrenia menurut PPDGJ III yaitu harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang jelas^{1,11,13} :

1. Salah satu dari: *thought echo, thought insertion or withdrawal, dan thought broadcasting*.
2. Salah satu dari: *delusion of control, delusion of influence, delusion of passivity, delusional perception*.
3. Halusinasi auditorik.
4. Waham-waham menetap jenis lainnya.

Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

1. Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
2. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau *neologisme*.
3. Perilaku katatonik.
4. Gejala negatif.

Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal). 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.

Kriteria diagnostik skizofrenia tipe paranoid menurut PPDGJ yaitu:^{1,11,13}

1. Memenuhi kriteria diagnostik skizofrenia.

2. Sebagai tambahan: halusinasi dan atau waham harus menonjol:

- 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 pasif (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar yang beraneka ragam, adalah yang paling khas.

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

Pasien skizofrenik paranoid tipikal adalah tegang, pencuriga, berhati-hati, dan tak ramah. Mereka juga dapat bersifat bermusuhan atau agresif. Pasien skizofrenik paranoid kadang-kadang dapat menempatkan diri mereka secara adekuat didalam situasi sosial. Kecerdasan mereka tidak terpengaruhi oleh kecenderungan psikosis mereka dan tetap intak.¹⁴

Untuk pengobatan pada pasien ini diberikan oral risperidone 2x2 mg/hari, dan psikoterapi suportif seperti ventilasi, konseling mengenai penyakitnya, dan sosioterapi. Penatalaksanaan skizofrenia terbagi menjadi dua yaitu farmakoterapi dan psikoterapi. Farmakoterapi diberikan antipsikotik, antipsikotik merupakan

terapi obat-obatan pertama yang efektif mengobati skizofrenia.¹⁵

Pemberian obat risperidone 2x2 mg/hari dengan alasan pada pasien ini terdapat gejala positif dan gejala negatif. Risperidone merupakan antipsikotik generasi kedua atau golongan atipikal. Risperidone merupakan derivat dari benzisoksazol yang diindikasikan untuk terapi skizofrenia baik untuk gejala positif ataupun gejala negatif.¹⁶

Mekanisme kerja dari antipsikotik atipikal yaitu memblokir dopamin pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (sehingga efektif untuk gejala positif) dan juga berafinitas terhadap serotonin 5 HT2 reseptor (efektif untuk gejala negatif).¹⁷

Dosis anjuran dari risperidone yaitu 2-6 mg/hari dan sediaan 1-2-3 mg.¹⁷ Efek samping neurologis yang kurang bermakna dan kurang parah dibandingkan dengan obat antagonis dopamin tipikal lainnya. Risperidone menjadi lini pertama dalam pengobatan skizofrenia karena kemungkinan obat ini lebih efektif dan lebih aman daripada antagonis reseptor dopaminergik yang tipikal.¹

Orang yang mengidap skizofrenia semakin lama akan semakin terlepas dari masyarakat. Mereka gagal berfungsi sesuai peran yang diharapkan sebagai pelajar, pekerja, pasangan hidup, dan keluarga serta komunitas, menjadi kurang toleran terhadap perilaku mereka yang menyimpang.¹⁸ Dukungan yang didapatkan dari keluarga memberikan sumbangan efektif sebesar 69,9% terhadap keberfungsian sosial pasien skizofrenia, sedangkan

sumbangan sebesar 30,1% dipengaruhi oleh faktor lain.¹⁹

Berbagai masalah baik fisik, psikologis, maupun sosial yang dialami penderita akan mempengaruhi kualitas hidup penderita skizofrenia. Kualitas hidup penderita skizofrenia dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan, intervensi, treatment atau terapi yang dilakukan. Disamping itu data kualitas hidup juga dapat digunakan untuk mengambil keputusan yang berhubungan dengan nasib pasien khususnya mempertimbangkan terapi atau tindakan yang sesuai untuk penderita.⁸

Simpulan

Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang. Skizofrenia tipe paranoid merupakan tipe paling stabil dan paling sering terjadi. Ciri utama skizofrenia tipe paranoid adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relative masih terjaga. Penatalaksanaan skizofrenia terbagi menjadi dua yaitu farmakoterapi dan psikoterapi. Farmakoterapi diberikan antipsikotik sedangkan psikoterapi berupa ventilasi, konseling mengenai penyakitnya, dan sosioterapi.

Daftar Pustaka

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavior sciences clinical psychiatry. Edisi ke-10. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Amir N. Skizofrenia. Dalam: Elvira SD, penyunting. Buku Ajar Psikiatri. Edisi ke-2. Jakarta: FKUI; 2013.

3. Sirait A. Pengaruh koping keluarga terhadap kejadian relaps pada skizofrenia remisi sempurna di rumah sakit jiwa daerah provinsi Sumatera Utara tahun 2006 [tesis]. Medan: Universitas Sumatra Utara; 2008.
4. Durand VM, Barlow DH. Essentials of abnormal psychology. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2007.
5. Ann I. Mental Health and Psychiatric Nursing. Jakarta: EGC; 2005.
6. Davison GC, Neale JM. Psikologi abnormal. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada; 2006.
7. Arif S. Skizofrenia: memahami dinamika pasien. Bandung: PT. Refika Aditama; 2006.
8. Rubbyana U. Hubungan antara strategi koping dengan kualitas hidup pada penderita skizofrenia remisi simptom. Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental. 2012; 1(2):59-66.
9. Nurdiana, Syafwani, Umbransyah. Korelasi peran serta keluarga terhadap tingkat kekambuhan klien skizofrenia. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan. 2007; 3(1):1-10
10. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Edisi ke-2. Arlington: American Psychiatric Association; 2004.
11. Maslim R. Buku saku diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas PPDGJ III. Jakarta: FK Unika Atma Jaya; 2003.
12. Simanjuntak YP. Faktor risiko terjadinya relaps pada pasien skizofrenia paranoid [tesis]. Medan: FK USU; 2008.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
14. Maramis WF. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Edisi ke-2. Surabaya: Universitas Airlangga Press; 2009.
15. Irwan M, Fajriansyah A, Sinuhadji B, Indrayana M. Penatalaksanaan skizofrenia. Riau: Fakultas Kedokteran Universitas Riau; 2008.
16. Jarut YM, Fatimawali, Weny IW, Tinjauan penggunaan antipsikotik pada pengobatan skizofrenia di rumah sakit Prof. DR. V.L. Ratumbuang Manado periode Januari 2013 - Maret 2013. PHARMACON Jurnal Ilmiah Farmasi-UNSRAT. 2013; 2(3):54-7
17. Maslim R. Panduan praktis penggunaan klinis obat psikotropik. Jakarta: FK Unika Atma Jaya; 2007.
18. Nevid JS, Rathus SA, Grene B. Psikologi abnormal jilid 2. Edisi Ke-5. Jakarta: Erlangga; 2003.
19. Hawari D. Pendekatan holistik pada gangguan jiwa skizofrenia. Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2012.