

Skizofrenia Paranoid Remisi Partial pada Pria Usia 35 Tahun di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung

Vicky Lusbiyanti Utami¹, Tendry Septa²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skizofrenia paranoid merupakan gangguan jiwa berat dan kronik yang memengaruhi cara berpikir, emosi serta perilaku seseorang. Gejala utama dari gangguan ini adalah adanya gangguan isi pikir dan persepsi atau pancaindera dengan kurun waktu gangguan berlangsung minimal satu bulan. Tn.S, usia 35 tahun, petugas keamanan, tamat SLTA, Islam, suku Lampung, menikah dengan dua orang anak diantar keluarga ke IGD Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung dengan keluhan gaduh gelisah dan mengamuk, selanjutnya Tn.S dirawat inapkan. Gangguan jiwa Tn.S berlangsung sejak tahun 2002 dan hingga kini telah dirawat inapkan sebanyak sebelas kali dan setiap relaps memperlihatkan gejala yang hampir sama. Tn.S mendapatkan terapi antipsikotik atipikal (APG-II) yang memiliki efektivitas yang luas dengan efek samping minimal. Evaluasi multiaksial Tn.S untuk axis I adalah skizofrenia paranoid remisi partial, aksis II ciri kepribadian campuran, aksis II Diabetes Mellitus, aksis IV minimnya dukungan keluarga serta aksis V, *GAF current* 50-41.

Kata kunci : Skizofrenia paranoid, relaps, minimnya dukungan keluarga

Schizophrenia Paranoid with Partial Remission in Men Aged 35 Years at Mental Hospital Regional of Lampung Province.

Abstract

Schizophrenia paranoid is a severe and chronic mental disorder that affects the person's thinking, emotion and behavior. The main symptoms of this disorder is the presence of disordered thoughts and perceptions or senses with a period of interruption lasted at least one month. Tn.S, age 35 years old, security officer, high school graduated, Islam, Lampung tribe, married with two children escorted family to IGD Mental Hospital of Lampung Province with impulsif and raging, then Tn.S treated. Mental disorders Tn.S lasted since 2002 and until now has been treated as many as eleven times and each relapse shows almost the same symptoms. Tn.S receives atypical antipsychotic therapy (APG-II) which has wide effectiveness with minimal side effects. The evaluasi multiaxial of Tn.S for axis I is partial remission of schizophrenia paranoid, axis II mixed personality traits, axis III Diabetes Mellitus, axis IV lack of family support and axis V, *GAF current* 50-41.

Keywords: Schizophrenia paranoid, relaps, lack of family support

Korespondensi : Vicky Lusbiyanti Utami, alamat: Bandar Lampung, HP: 081377755966, email: vickyutami05@gmail.com

Pendahuluan

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat dan kronik yang memengaruhi cara berpikir, suasana perasaan dan perilaku seseorang dan dapat ditemukan pada

semua kelompok masyarakat serta di berbagai wilayah. Prevalensi pada populasi orang dewasa sepanjang hidup pada kisaran 1% dan onset paling sering diusia remaja

akhir atau dewasa muda. Pada laki-laki direntang usia 15-25 tahun sedangkan perempuan lebih lambat yakni pada usia 25-35 tahun. Insiden skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan.¹⁰

Lebih dari 50% dari penderita skizofrenia tidak mendapat perhatian dari lingkungan dan 90% diantaranya terdapat dinegara berkembang dengan jumlah penderita sekitar 12,7 juta orang.⁷ Di Amerika Serikat diperkirakan terdapat 2,7 juta orang dengan skizofrenia, sedangkan di Indonesia sekitar tiga hingga lima kalinya per 1000 penduduk dengan mayoritas berada dikota besar.²

Menurut PPDGJ (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa) III, untuk mendiagnosis skizofrenia harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas dan biasanya dua atau lebih gejala bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas yakni gangguan isi pikir berupa *thought echo*, *thought of insertion or withdrawal* atau *thought of broadcasting*, selanjutnya waham meliputi waham dikendalikan (*delusion of control*), waham dipengaruhi kekuatan dari luar (*delusion of influence*), *delusion of passivity* dan atau *delusion of perception* atau waham-waham menetap jenis lainnya serta gangguan persepsi berupa halusinasi auditorik atau jenis halusinasi lainnya. Bila tidak, maka paling sedikit dua gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas berupa a) halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, disertai waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas b) arus pikiran yang terputus atau mengalami sisipan yang berakibat inkohorensi atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme c) perilaku katatonik d) gejala-gejala negatif seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang

menumpul atau tidak wajar dan gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu minimal satu bulan atau lebih.¹¹

World Health Organization (WHO) tahun 2000 menyebutkan diseluruh dunia diperkirakan terdapat sekitar 45 juta orang penderita skizofrenia dengan skizofrenia paranoid sebagai subtype yang paling sering dijumpai dan gejala yang paling sering didapatkan adalah halusinasi pendengaran.³ Dari berbagai penelitian yang telah dipublikasikan disebutkan sekitar 70% penderita skizofrenia paranoid memiliki gejala halusinasi pendengaran bahkan ada penelitian yang menuliskan hingga 98%.⁵

Ilustrasi Kasus

Tn. S, 35 tahun, laki-laki, tamat SMA, bekerja sebagai petugas keamanan, suku Lampung, Islam, menikah, tinggal di Pringsewu, diantar oleh keluarga ke IGD (Instalasi Gawat Darurat) Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Daerah Propinsi Lampung dengan keluhan utama gaduh gelisah tanpa alasan yang jelas.

Menurut keluarga Tn.S memiliki riwayat penggunaan napza dan alkohol sejak sekitar tahun 2000 dan saat ini Tn.S masih sering menggunakan alkohol namun sudah jarang menggunakan napza. Menurut keluarga Tn.S sering berbicara dan tertawa sendiri, marah tanpa alasan yang jelas, mengatakan sering melihat bayangan hitam dan mengajaknya bicara atau terkadang menyuruhnya memukul orang-orang tertentu. Tn.S juga meyakini ada orang-orang tertentu yang ingin mengambil uang ibunya, walaupun ibu berulang menjelaskan bahwa hal tersebut tidaklah benar.

Adapun status mental Tn.S saat dilakukan wawancara psikiatri adalah sebagai berikut, penampilan sesuai usia, terlihat lusuh, perawatan diri kurang baik,

kulit berwarna coklat gelap dan kuku tangan tampak kotor. Tampak cukup tenang, kontak mata baik, pembicaraan cukup spontan, lancar, volume suara meningkat, artikulasi jelas, kualitas dan kuantitas cukup. Suasana perasaan (*mood*) disforik dengan afek yang luas dan keserasian *appropriate*. Pada Tn.S didapatkan adanya halusinasi pendengaran dan halusinasi penglihatan. Pada isi pikir didapatkan adanya waham kejar dan waham dikendalikan. Didapatkan pula gangguan isi pikir berupa keyakinan bahwa ayahnya saat ini bukan merupakan ayah kandung. Fungsi kognitif cukup baik.

Tn.S, merupakan anak ke sembilan dari sepuluh bersaudara. Dalam keluarga tidak didapatkan riwayat adanya anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Lahir ditolong bidan, partus normal, kehamilan cukup bulan dan mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Saat ini Tn.S telah memiliki dua orang anak dan tinggal serumah dengan ibu dan seorang adik.

Riwayat gangguan jiwa sejak tahun 2002 dan di rawat inap pertama kali di RSJD Provinsi Lampung pada tahun yang sama. Gejala gangguan jiwa saat itu berupa marah dengan kakak kandung tanpa alasan yang jelas selanjutnya mengamuk pada orang yang ada disekitarnya. Tn.S kembali di rawat inap di RSJD pada tahun 2005 dan tahun 2006, dengan keluhan utama hampir sama yakni gaduh gelisah tanpa alasan yang jelas. Dari data rekam medik didapatkan jumlah keseluruhan rawat inap Tn.S di RSJD Provinsi Lampung hingga saat ini sudah sebelas kali dengan rata-rata waktu perawatan satu bulan. Selama kurun waktu tahun 2006 hingga 2015, kunjungan berobat Tn.S di RSJ tidak teratur dan satu tahun terakhir hampir tidak pernah berobat.

Hasil

Pada Tn.S didapatkan adanya gangguan isi pikir dan gangguan persepsi yang bermakna, menimbulkan suatu *distress*

(penderitaan) dan *disability* (hendaya) dalam pekerjaan dan kehidupan sosialnya sehingga dapat disimpulkan mengalami gangguan jiwa (sesuai kriteria WHO)¹¹. Berdasarkan anamnesis, tidak didapatkan adanya riwayat trauma, kejang, gangguan fisik lain dan riwayat penggunaan zat yang bermakna sehingga pada aksis I dapat disingkirkan diagnosis gangguan mental organik atau gangguan mental dan perilaku karena zat. Pada Tn.S didapatkan adanya gangguan isi pikir berupa keyakinan yang salah seolah-olah orang disekitar membicarakan dirinya (waham persekutorik). Serta keyakinan bahwa ada orang yang ingin berbuat jahat pada diri dan beserta keluarganya (waham kejar). Pada Tn.S didapatkan pula halusinasi pendengaran dan halusinasi visual (gangguan persepsi), tanda dan gejala tersebut berlangsung lebih dari satu bulan, sehingga berdasarkan PPDGJ III, aksis I ditegakkan diagnosis Skizofrenia Paranoid Remisi Partial.¹¹

Tn.S, dapat menyelesaikan pendidikan hingga tamat SLTA, selalu naik kelas dengan nilai rata-rata, selain itu tidak didapatkan tanda-tanda kepribadian tertentu yang kuat dan dominan sehingga pada aksis II, disebutkan ciri kepribadian campuran.¹¹

Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan penunjang di dapatkan adanya tanda dan gejala gangguan pengendalian kadar gula darah sehingga pada aksis II, dituliskan Diabetes Melitus.¹¹

Berdasarkan data rekam medik serta informasi dari keluarga, Tn.S sudah berulang kali dirawat inapkan di RSJD Provinsi Lampung. Gejala utama saat dibawa keRSJ hampir sama yakni gaduh gelisah. Umumnya beberapa bulan setelah pulang dari perawatan, Tn.S tidak lagi rutin bahkan berhenti minum obat. Hal ini selain ketidak adanya pemahaman atau tilikan dari Tn.S akan penyakitnya juga dukungan dari keluarga yang minimal. Tidak terdapat upaya maksimal dari keluarga agar Tn.S

rutin kontrol berobat serta makan obat berkelanjutan. Pemahaman keluarga terkait gangguan jiwa pada Tn.S tidak baik atau maksimal sehingga pada aksis IV ditegaskan diagnosis minimnya dukungan *care giver* utama agar Tn.S rutin berobat.¹¹

Penilaian terhadap kemampuan Tn.S untuk fungsi dalam kehidupannya menggunakan GAF (*Global Assessment of Functioning*) Scale. Berdasarkan PPDGJ III, aksis V, GAF dalam perawatan (*GAF Current*) 50-41, sedangkan GAF tertinggi selama satu tahun terakhir (*GAF HLPY*) adalah 70-61.¹¹

Tujuan pengobatan adalah untuk mengendalikan, meminimalkan tanda dan gejala gangguan jiwa, mengurangi atau bahkan menghilangkan distress dan disabilitas sehingga Tn.S. memiliki kualitas hidup yang lebih baik.⁷ Berdasarkan algoritma tatalaksana skizofrenia menurut PDSKJI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia), psikofarmaka yang tepat untuk skizofrenia paranoid adalah menggunakan obat antipsikotik generasi ke 2 (APG- II). Selain memiliki efek samping yang lebih sedikit, obat ini memiliki jangkaan terapi yang jauh lebih luas dibandingkan APG-I.⁷

APG-II yang diberikan adalah risperidone dengan dosis 2 kali 1 mg perhari. Setelah 5 hari dilakukan peningkatan dosis menjadi 2 kali 2 mg perhari.¹³ Selanjutnya dilakukan

jiwa yang dikategorikan tidak sembuh secara sempurna (remisi sempurna). Tanda dan gejala gangguan jiwa yang timbul setiap relaps umumnya hampir sama yakni gaduh gelisah. Respons lingkungan juga hampir sama yakni dirawat inapikan di RSJ dan setelah tanda dan gejala terkendali serta di pulangkan kekeluarga, pengobatan

pemantauan efektivitas serta kemungkinan adanya efek samping obat. Pada pasien ini tidak diberikan obat antikolinergik berupa trihexyphenidyl karena selama observasi tidak didapatkan adanya efek samping dari antipsikotik yang diberikan.¹¹ Pada Tn.S, ini diberikan pula *mood stabilizer* berupa oxcarbazepin dengan dosis terapi 2 kali 150 mg perhari. Tujuan pemberian obat ini adalah untuk mengendalikan suasana perasaan yang cepat berubah serta letupan impulsivitas yang sesekali muncul.¹¹

Pada keluarga diberikan pula psikoedukasi, karena dari hasil anamnesis didapatkan adanya ekspresi emosi yang meningkat pada *care giver* utama (orangtua dan pasangan hidup) yang ditampilkan dalam bentuk ketidakpedulian akan pentingnya pengobatan rutin dan tidak ada pemahaman akan tanda dan gejala gangguan jiwa pada Tn.S.

Prognosis gangguan jiwa Tn.S dikategorikan dubia ad malam. Hal ini dinilai dari lamanya perjalanan perjalanan penyakit, yang menggambarkan efektivitas pengobatan tidak maksimal dan diperberat oleh minimalnya dukungan lingkungan sekitar utama dari keluarga terdekat.¹²

Simpulan

Pada kasus ini, penderita skizofrenia paranoid mengalami gangguan

selanjutnya tidak rutin. Lingkungan sosial, terutama keluarga menyerahkan tanggung jawab berobat ke pasien atau Tn.S, sedangkan justru salah satu tanda dan gejala skizofrenia paranoid adalah tidak adanya *insight* atau pemahaman akan penyakitnya¹³

Daftar Pustaka

1. Abidi S, Psychosis in children and youth focus on early Schizophrenia pediatric. Chicago : Pub Inc. 2013; 34(7):296-305
2. Balitbang Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar: RISKESDAS. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI; 2013.
3. Benjamin JS, Virginia AS, Pedro R, editors. Kaplan and Saddock's comprehensive textbook of psychiatry. Edisi ke-7. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
4. Deni S. Hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi RSUD Serang Tahun 2011 [Tesis]. Jakarta: FK UI;2011.
5. Djatmiko P. Rekap: grafik 10 penyakit terbanyak rawat jalan dan rawat inap RSJ Dr. Soeharto Heerdjan tahun 2009. Jakarta: RSJ Dr. soeharto Heerdjan, 2010.
6. Farida NA. Prevalensi penderita skizofrenia paranoid dengan gejala halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta tahun 2010. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah; 2011.
7. Kern RS, Nuchterlein KH, Green MF Baade LE, Fenton WS, Gold JM, Dkk. The matrices consensus cognitive battery, part 2: co-norming and standardization. AM J Psychiatry. 2008;165(2):214-20.
8. Keefe RS, Goldberg TE, Harvey PD, Gold JM, Poe MP, Coughenour L. The brief assessment of cognitive in schizofrenia: reability, sensitivity and comparison with a standar neurocognitive battery. Schizophrenia Res. 2004; 68(2-3): 283-97.
9. Marilyn MF, Vicky RB, Elaine GJ. Keperawatan keluarga: teori dan praktek. Jakarta: EGC;2010
10. Maslim R. Diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ-III. Jakarta: bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya; 2001.
11. Maslim R. Panduan praktis penggunaan klinik obat psikotropik. Edisi ke-3. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya; 2001.
12. Notoedirdjo M, Latipun N. Kesehatan mental: konsep dan penerapan. Malang: UMM Press;2005.
13. Silvia D, Elvira. Buku ajar psikiatri. Edisi ke-2. Jakarta: FKUI; 2011