



Diagnosis dan Tatalaksana Skizofrenia Paranoid dengan Gejala-Gejala Positif dan Negatif

Faddy Hendarsyah
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skizofrenia adalah gangguan yang berlangsung selama minimal 6 bulan dan mencakup setidaknya 1 bulan gejala fase aktif. Sementara itu gangguan skizofrenia dikarakteristikan dengan gejala positif, gejala negatif, dan gangguan kognitif. Terdapat beberapa tipe dari skizofrenia (paranoid, hebefrenik, katatonik, undifferentiated, dan residual). Tn G, 35 tahun datang dengan keluhan mengamuk, menuduh istrinya dan sering merasa ketakutan. Pasien sering mendengar suara-suara seperti ingin membunuh dirinya serta pasien juga merasa curiga ke orang-orang disekitar rumahnya sehingga pasien cenderung menyendiri dikamar. Pasien didiagnosis skizofrenia paranoid dan diberikan terapi berupa psikoterapi, psikoedukasi, dan psikofarmaka.

Kata kunci : paranoid, skizofrenia, terapi

Diagnosis and Management of the Paranoid Schizophrenia with Positive and Negative Symptoms

Abstract

Schizophrenia is a disorder that last for at least 6 months, includes at least one month of active-phase symptoms. Meanwhile schizophrenia disorder characterized by positive symptoms, negative symptoms, and cognitive impairment. There are several types of schizophrenia (paranoid, disorganized, catatonic, undifferentiated, and residual). Mr. G, 35 years old came with complaints rampage, accusing his wife and often feel fear. Patients often hear voices like intend to kill himself as well as the patients also feel suspicious to the people around him, so that patient tend to be alone in his room. Patient diagnosed with paranoid schizophrenia and given therapeutic form of psychotherapy, psychoeducation, and psychopharmacology.

Keywords : paranoid, schizophrenia, treatments.

Korespondensi : Faddy Hendarsyah, S.Ked, e-mail Hendarsyahfaddy@gmail.com

Pendahuluan

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang berarti terpisah atau pecah dan *phren* yang berarti jiwa. Terjadi pecahnya/ketidakterasian antara afek, kognitif, dan perilaku. Skizofrenia adalah suatu psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmonisasi antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga muncul inkoherensi, afek dan emosi inadekuat, serta psikomotor yang menunjukkan penarikan diri, ambivalensi dan perilaku bizar.^{1,2} Kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tetap

terpelihara, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang dikemudian hari.³ Skizofrenia adalah gangguan yang berlangsung selama minimal 6 bulan dan mencakup setidaknya 1 bulan gejala fase aktif.⁴ Sementara itu gangguan skizofrenia dikarakteristikan dengan gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negatif (apatis, menarik diri, penurunan daya pikir, dan penurunan afek), dan gangguan kognitif (memori, perhatian, pemecahan masalah, dan sosial).⁵⁻⁷ Terdapat beberapa tipe dari skizofrenia (Paranoid, hiberfrenik, katatonik, *undifferentiated*, dan Residual).^{4,8,9}

Gejala-gejala pada skizofrenia^{10,11}:

Tabel 1. Gejala Skizofrenia

<i>Positive</i>	<i>Negative</i>	<i>Cognitive</i>
<i>Hallucination</i>	<i>Apathy</i>	<i>Memory Impairment</i>
<i>Delusion</i>	<i>Avolition</i>	<i>Decrease in Attention</i>
<i>disorganized Thinking</i>	<i>Alogia</i>	<i>Impaired Executive Functioning</i>



Suspiciousness

Anhedonia

Berdasarkan ICD-10 dan PPDGJ III, untuk mendiagnosa skizofrenia harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):

Thought echo = isi pikiran dirinya sendiri yang bergema dan berulang dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda. *Thought insertion or withdrawal* = isi pikiran asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*). *Thought broadcasting* = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya. *Delusion of control* = waham tentang dirinya dikendalikan oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar. *Delusion of influence* = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar. *Delusion of passivity* = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap kekuatan dari luar. *Delusion of perception* = pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

Gejala-gejala lainnya adalah Halusinasi auditorik: suara halusinasi yang berkomentar secara terus-menerus tentang perilaku pasien. Mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara). Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil.¹² Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas: 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 terus menerus. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkohistensi atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.¹²

Perilaku katatonik, seperti gaduh-gelisah, posisi tubuh tertentu, atau fleksibilitas *cerea*, *negativisme*, *mutisme*, dan *stupor*. 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. Gejala harus berlangsung minimal 1 bulan. Harus ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku pribadi.¹²

Sementara berdasarkan PPDGJ-III untuk mendiagnosis skizofrenia paranoid harus memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia dan sebagai tambahannya terdapat: Halusinasi dan atau waham arus menonjol, suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*), mendengung (*humming*) atau bunyi tawa (*laughing*). Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain, perasaan tubuh, halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol. 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/tidak menonjol.^{3,12}

Kasus

Tn. G, 35 tahun, pendidikan terakhir kelas 2 SMP, agama Islam, suku Lampung, tinggal di Pringsewu, status menikah, bekerja sebagai petani tambak ikan, diantar ke Poliklinik Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Lampung pada tanggal 6 Maret 2015 oleh ayah pasien. Pasien datang ke Poliklinik RSJ Provinsi Lampung diantar oleh ayah pasien karena keluhan mengamuk dan menuduh istrinya sengaja membunuh anaknya serta sering merasa ketakutan, hal ini



dirasakan sejak 15 hari sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Pasien mengatakan bahwa tindakannya mengamuk dan menuduh istrinya membunuh anaknya dengan membiarkan anaknya tenggelam di kolam ikan dibelakang rumahnya. Kejadian tersebut terjadi ketika pasien sedang di luar rumah, ketika mengetahui anaknya meninggal pasien merasa sedih dan kesal kepada istrinya. Pasien sering murung dan melamun setelah anaknya meninggal dunia. Beberapa hari setelah anaknya meninggal pasien sering mendengar suara-suara bisikan yang terdengar seperti suara orang berbicara yang mengatakan akan membunuh pasien dan memasukan pasien ke penjara. Karena suara tersebut pasien merasa sangat ketakutan. Pasien juga mengatakan dapat melihat benda berubah wujud menjadi hantu. Oleh karena keluhan tersebut pasien dibawa ke RSJ Provinsi Lampung.

Pasien juga merasa curiga terhadap ayahnya, pasien merasa ayahnya akan berbuat jahat kepada pasien. Selain itu pasien juga merasa curiga kepada orang-orang disekitar rumahnya karena pasien merasa orang-orang tersebut ingin mengambil barang-barang miliknya. Pasien mengatakan curiga dengan orang lain dengan melihat dari gerak-gerik tubuh orang tersebut dan menyangkal dapat membaca pikiran orang lain. Pasien juga merasa dirinya jagoan. Tetapi pasien mengatakan bahwa pasien tidak bisa menguasai provinsi Jakarta. Pasien tidak merasakan adanya pikiran yang bergema di kepalanya, pasien tidak merasa ada pikiran orang lain yang masuk ke dalam dirinya ataupun pikirannya keluar, dan pasien juga tidak merasa pikirannya tersiar sehingga dapat diketahui oleh orang lain. Pasien menyangkal adanya penambahan bagian tubuh di dirinya.

Pada status Psikiatri diperoleh kesadaran *compos mentis*, sikap cukup kooperatif, penampilan rapi dan sesuai usia, prilaku dan psikomotor saat wawancara pasien dalam keadaan tenang, kontak mata baik, duduk tegak tanpa bersandar di kursi, sesekali mengerakan tangan, bicara spontan, mimik wajah normal, terkadang artikulasi kurang jelas, volume cukup, amplitudo dan kualitas baik, kuantitas cukup, sikap pasien kooperatif, mood eutimia, afek luas, *appropriate*. Terdapat halusinasi auditorik, ilusi visual, arus pikir waham curiga (+), waham kebesaran (+). Pengetahuan dan kecerdasan

sesuai taraf pendidikan. Daya konsentrasi cukup, memori baik. Orientasi tempat, waktu dan orang baik. Pikiran abstrak baik. Daya nilai baik, tilikan 1, *Reality Testing of Ability (RTA)* terganggu.

Berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan psikiatri, maka pada pasien ini dapat ditegakkan diagnosa Skizofrenia Paranoid. Kemudian pasien ini ditatalaksana dengan medikamentosa berupa Risperidon 5 mg 2x1, psikoterapi edukasi dan psikoterapi suportif terhadap pasien dan keluarga, rehabilitasi sesuai bakat dan minat pasien.

Pembahasan

Berdasarkan data-data yang didapat melalui anamnesis baik alloanamnesis maupun autoanamnesis, pemeriksaan psikiatri dan rekam medik, tidak terdapat riwayat trauma kepala, kejang ataupun kelainan organik lain. Hal ini dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis gangguan mental organik (F.0).¹²

Pasien memiliki riwayat menggunakan zat psikoaktif, yaitu alkohol dan memakai ganja namun selama ini pasien dapat mengendalikan pemakaian ganja dan minuman beralkohol, namun pasien tetap menggunakan ganja dan alkohol meski pasien mengetahui bahwa zat tersebut dapat menyebabkan kerugian bagi kesehatan. Pasien menggunakan zat psikoaktif sekitar 7 tahun namun sudah 2 tahun tidak lagi menggunakan zat psikoaktif tersebut, sehingga hal ini dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (F.1).¹³

Penegakan diagnosis berdasarkan anamnesis dengan pasien dan keluarga, terdapat halusinasi auditorik dan waham yang jelas. Hal ini sudah berlangsung lebih dari 1 bulan. Dari data ini menjadi dasar diagnosis bahwa pasien menderita skizofrenia sekaligus menyingkirkan diagnosis psikotik akut (F.20). Dari anamnesis yang dilakukan didapatkan juga adanya halusinasi yang mengancam pasien serta terdapatnya waham curiga, dan juga waham kebesaran, sehingga dapat disimpulkan pasien menderita skizofrenia paranoid (F20.0).¹³

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.¹⁴ 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 panca-indra 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 kurun waktu satu bulan atau lebih, dan harus ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku pribadi.¹³

Sementara untuk mendiagnosis skizofrenia paranoid menurut PPDGJ-III harus memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia dan sebagai tambahan terdapat : 1) Halusinasi dan/ waham arus menonjol seperti (a) Suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*), mendengung (*humming*), atau bunyi tawa (*laughing*). (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. 2) Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata / tidak menonjol.¹³

Terapi farmakologi masih merupakan pilihan utama pada skizofrenia. Pilihan terapi pada skizofrenia dipilih berdasarkan target gejala pada pasien skizofrenia.^{14,15} Tujuan pengobatan adalah untuk mencegah bahaya pada pasien, mengontrol perilaku pasien, dan untuk mengurangi gejala psikotik pada pasien seperti agitasi, agresif, negatif simptom, positif simptom, serta gejala afek.¹⁶⁻¹⁸ Rencana terapi yang diberikan adalah

antipsikosis atipikal golongan *benzixosazole* yaitu risperidon 2x2 mg selama 5 hari sebagai dosis inisial.¹⁵ Risperidon merupakan antipsikosis atipikal atau antipsikosis golongan II. Antipsikosis golongan II merupakan golongan obat yang memiliki efek untuk mengurangi gejala negatif maupun positif.^{19,20} Jika dibandingkan dengan antipsikosis golongan I, risperidon mempunyai efektivitas yang lebih baik dalam mengontrol gejala negatif dan positif.^{21,22}

Obat ini mempunyai afinitas tinggi terhadap reseptor serotonin (5HT₂) dan aktivitas menengah terhadap reseptor dopamin (D₂), α₁ dan α₂ 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*).²³ 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.^{24,25} Dosis anjurannya adalah 2-6 mg/hari.²⁴

Selain diberikan obat-obat terapi medikamentosa pasien juga dilakukan terapi nonmedikamentosa yaitu psikoterapi dan psikoedukasi yang dianjurkan setelah pasien tenang dengan pemberian dukungan pada pasien dan keluarga agar mempercepat penyembuhan pasien dan diperlukan rehabilitasi yang disesuaikan dengan psikiatrik serta minat dan bakat penderita sehingga bisa dipilih metode yang sesuai untuk pasien tersebut.¹⁶

Simpulan

Diagnosis skizofrenia paranoid pada kasus ditegakkan berdasarkan anamnesis baik alloanamnesis maupun autoanamnesis dan pemeriksaan status psikiatri. Diagnosa skizofrenia harus ada sedikitnya satu gejala utama atau paling sedikitnya dua gejala tambahan. Gejala tersebut harus berlangsung



minimal satu bulan. Pilihan terapi pada skizofrenia dipilih berdasarkan target gejala pada pasien skizofrenia. Tujuan pengobatan adalah untuk mencegah bahaya pada pasien, mengontrol perilaku pasien, dan untuk mengurangi gejala psikotik pada pasien seperti agitasi, agresif, negatif simptom, positif simptom serta gejala afek. Dalam beberapa literatur obat antipsikosis golongan II memiliki efektifitas yang lebih baik dan efek samping lebih rendah bila dibandingkan dengan antipsikosis golongan I. Pasien dengan skizofrenia selain membutuhkan terapi farmakologi juga perlu psikoterapi dan psikoedukasi agar pasien mendapat dukungan oleh keluarga serta mempercepat penyembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Buku ajar psikiatri. Edisi ke-2. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2013.
2. Maramis WF. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Surabaya: Airlangga University Press; 2009. hlm. 356-60.
3. Maslim, R. Buku saku diagnosis gangguan jiwa PPDGJ-III. Jakarta : Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya; 2001. hlm. 53.
4. American Psychiatric Association. Diagnosis dan statistical manual of mental disorders (DSM IV TR). Washington DC: APA; 2000. hlm. 13-26.
5. Bosanac P, Castle DJ. Schizophrenia and depression. J University of Melbourne. 2012; 1(4):36-9.
6. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. Schizophrenia bulletin. 2009; 35:383-402.
7. Javit DC. Balancing therapeutic safety and efficacy to improve clinical and economic outcomes in schizophrenia: a clinical overview. AJMC. 2014; 18(2):70-7.
8. Keefe RSE, Fenton WS. How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment? Schizophr Bul. 2007; 33:912-20.
9. Cantor-Graae E, Nordstrom LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. Schizophr Res. 2001; 48:69-82.
10. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia: clinical features and conceptualization. *Schizophr.* 2009; 110:1-23.
11. Abidi S. Psychosis in children and youth: focus on early onset schizophrenia. *Pediatr Rev.* 2013; 34(7):296-305.
12. The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1993.
13. Perhimpunan Dokter Spesialis kedokteran jiwa. Pedoman nasional pelayanan kedokteran jiwa. 2012; hlm. 35.
14. Kern RS. The Matrics Consensus cognitive battery part 2 co-norming and standardization. *Amj psychiatry.* 2008; 165:214-20.
15. Keefe RS. The Brief assesment of cognitive in schizofrenia: reability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophr.* 2004; 68(2-3):283-97.
16. Sadock, Benjamin James, et al. Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical psychiatry. Edisi ke-10. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
17. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, et al. Practice guideline for the : treatment of patients with schizophrenia second edition. 2010; hlm. 10.
18. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(10):1653-64.
19. Leucht. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia : a multiple treatments meta-analysis. *Lancet.* 2013; 382:951-64.
20. Citrome L. Cariprazine in schizophrenia : clinical efficacy, tolerability, and place in therapy. *Adv Ther.* 2013; 30:114-26.
21. Lieberman JA. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005; 353:1209-23.
22. Kahn RS. Effectiveness of antipsychotic drugs in first episode schizophrenia and schizophrenia form disorder : an open randomized clinical trial. *Lancet.* 2008; 371(9618):1085-97.
23. Javit DC. Current and emergent treatments for symptoms and



- neurocognitive impairment in schizophrenia. Departments of Psychiatry and Neuroscience. Columbia University College of Physicians and Surgeons; 2014.
24. Maslim, Rusdi. Panduan praktis penggunaan klinis obat psikotropika. Dalam: Ilmu Kedokteran Jiwa. Edisi ke-3. Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya; 2007.
25. Citrome L. New second generation long acting injectable antipsychotic for the treatment of schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* 2013; 13(7):767-83.