

Laporan Kasus: Skizofrenia Paranoid

Paranoid Schizophrenia: Case Report

Roni Subagyo¹, Era Catur Prasetya², Anisatul Hamida³, Maya Rafida⁴, Muhammad Ramzi⁵, Muhammad Tegar Nugraha⁶, Ulaa Haniifah⁷, Muhammad Anas^{8*}

^{1,2} Departemen Psikiatri RS Muhammadiyah Lamongan, Jawa Timur Indonesia
Jalan Jaksa Agung Suprpto Lamongan, Lamongan, Jawa Timur Indonesia
^{1,2,3,4,5,6,7,8} Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surabaya
Jalan Sutorejo no. 59, Surabaya, Jawa Timur Indonesia

*Corresponding author

Email: anas@fk.um-surabaya.ac.id

A b s t r a c t

Keyword :
Schizophrenia,
Paranoid,
Relapsed,
Treatment,
Environment

Background: The prevalence of schizophrenia in Indonesia is 1.7 per 1000 population, while the highest prevalence is in DI Yogyakarta and the Special Region of Aceh, where the incidence is 2.7 per 1000. **Case Report:** To discuss the treatment of Paranoid Schizophrenia with medication given previously due to relapse and disturbing the surrounding environment. **Method:** Reporting a case of a 32-year-old patient who came with his family in a state of anger, especially when he heard unpleasant talks about himself, and always felt watched his movements by others. The patient was diagnosed with Paranoid Schizophrenia and relapsed with risperidone 2x2 mg, trihexyphenidyl 2x2mg, and clorilex 1x12.5mg. **Conclusion:** Schizophrenia is a severe mental disorder (psychotic) because sufferers experience disturbances in assessing reality, lose contact with reality, and are characterized by significant disturbances in thought content (delusions), perceptual disturbances (hallucinations), and emotional and behavioral disturbances. In paranoid schizophrenia, delusions and/or hallucinations are very prominent. Management of people with schizophrenia includes the provision of psychopharmaceutical drugs, psychological therapy, and psychosocial therapy. No single approach can meet all the needs of people with schizophrenia.

Kata kunci :
Skizofrenia,
Paranoid,
Kambuh,
Pengobatan,
Lingkungan

A B S T R A K

Latar Belakang: Prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 1,7 per 1000 penduduk sedangkan terbanyak berada di DI Yogyakarta dan Daerah Istimewa Aceh yang angka kejadiannya 2,7 per 1000 penduduk. **Tujuan:** Membahas pengobatan Skizofrenia Paranoid dengan pengobatan yang telah diberikan sebelumnya, karena kambuh dan mengganggu lingkungan sekitarnya. **Metode:** Melaporkan kasus seorang Pasien usia 32 tahun datang bersama keluarga, dengan keadaan marah-marah terutama saat mendengar pembicaraan yang tidak enak tentang dirinya, serta selalu merasa diawasi gerak geriknya oleh orang lain. Pasien didiagnosa Skizofrenia Paranoid yang sedang kambuh dengan pengobatan risperidone 2x2 mg, trihexyphenidil 2x2mg, dan clorilex 1x12,5mg. **Kesimpulan:** Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang kehilangan kontak dengan realitas dan ditandai gangguan waham, gangguan persepsi serta gangguan emosional dan perilaku. Skizofrenia paranoid gangguan yang sangat menonjol adalah waham dan atau halusinasi. Tidak ada pendekatan tunggal yang bisa memenuhi semua kebutuhan tatalaksananya.

How To Cite : Subagyo, R., Prasetya, E.C., Hamida, A., Rafida, M., Ramzi, M., Nugraha, M.T., Haniifah, U., & Anas, M.. 2022. Laporan Kasus: Skizofrenia Paranoid. *Journal of Islamic Medicine*. 6(02), 113-118
<https://doi.org/10.18860/jim.v6i2.17456>
Copyright © 2022

LATAR BELAKANG

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan kesehatan jiwa yang ditandai dengan adanya gangguan dalam berpikir sehingga mempengaruhi kemampuan berbahasa, cara pandang, perilaku, pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan berbagai gangguan aktifitas motorik yang *bizarre* (perilaku aneh). Pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk kedalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi. Skizofrenia dapat disebabkan karena adanya faktor genetik, lingkungan, dll. Skizofrenia lebih sering menyerang laki-laki dibanding perempuan dan lebih sering mengenai pasien usia 28-35 tahun.^{1,2}

Prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 1,7 per 1000 penduduk sedangkan terbanyak berada di Daerah Istimewa Yogyakarta dan Aceh yang angka kejadiannya sebesar 2,7 per 1000 penduduk.² Pada Laporan Kasus Skizofrenia kali ini akan dibahas Skizofrenia Paranoid yang kambuh setelah pengobatan sebelumnya, dan mengganggu lingkungan sekitarnya.

METODE

Metode penulisan laporan kasus ditulis berdasarkan pengamatan langsung kondisi pasien di RSPU RSUD dr. Soegiri Lamongan pada tahun 2021 selama masa perawatan.

LAPORAN KASUS

Kasus seorang pasien usia 32 tahun datang bersama keluarga, dengan keadaan marah-marah terutama saat mendengar pembicaraan yang tidak menyerang tentang dirinya, serta selalu merasa diawasi, gerak geriknya oleh orang lain. Keluhan dirasakan sejak tujuh tahun yang lalu. Pasien juga merasa mendengar bisikan berupa

ejekan, sejak saat itu dia mudah marah dan merasa ingin membunuh orang lain, saat marah pasien agresif dan merusak barang-barang di rumah.

Kadang-kadang pasien tampak bingung, gelisah dan sulit tidur. Pasien tidak pernah mengonsumsi alkohol atau zat adiktif yang lain. Selama ini pasien minum obat risperidone 2x2 mg, trihexyphenidil 2x2 mg, dan clorilex 1x12,5 mg, namun diminum tidak teratur sehingga pasien sering kambuh.

PEMBAHASAN

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat (psikotik), karena penderitanya mengalami gangguan dalam menilai realitas, kehilangan kontak dengan realitas dan ditandai dengan gangguan utama pada isi pikiran (waham), gangguan persepsi (halusinasi) serta gangguan emosional dan perilaku.^{1,3}

Onset timbulnya skizofrenia biasanya pada usia remaja akhir atau dewasa muda, pada laki-laki biasanya antara umur 15-25 tahun dan pada perempuan antara umur 25-30 tahun. Onset pada pria jarang terjadi setelah umur 40 tahun di banding pada wanita. Di Indonesia hampir 70% pasien yang di rawat di bagian psikiatri adalah skizofrenia, angka kejadian di masyarakat 1-2% penduduk pernah mengalami gejala skizofrenia dalam hidup mereka.^{4,2}

Sampai saat ini belum ditemukan penyebab pasti dari skizofrenia, berbagai faktor biologi (genetika), psikologis dan lingkungan sosial diduga menjadi penyebab skizofrenia. Salah satu faktor biologi yang menjadi penyebab skizofrenia adalah adanya gangguan yang dibawa sejak lahir dan perjalanannya progresif misalnya gangguan pada hipocampus dan atrovilobus frontalis yang dihubungkan dengan gejala negatif skizofrenia. Selain itu juga bisa diakibatkan oleh hipotesis, dopamine, norepinephrine, glutamate, asetil colin, dan nikotin.^{5,6}

Hipotesis menyatakan bahwa skizofrenia timbul akibat aktivitas dopaminergik yang berlebihan, teori ini berdasarkan dua

pengamatan pertama adanya potensi sebagian besar obat anti psikotik sebagai antagonis reseptor dopamine (D2). Kedua, obat yang meningkatkan aktivitas dopaminergik seperti amfetamine, bersifat psikotomimetik. Jalur dopamone di otak yang terlibat juga tidak dirinci dalam teori ini, meskipun jalur mesokortikal dan mesolindik paling sering dibahas. Peran signifikan dopamin dalam patofisiologi skizofrenia sejalan dengan studi yang mengukur konsentrasi plasma metabolik utama dopamine yaitu asam homovalinat. Faktor biologi (genetik) juga menyumbangkan kejadian skizofrenia.^{6,5}

Skizofrenia adalah gangguan yang bersifat familial, semakin dekat hubungan kekerabatan semakin tinggi resikonya terjadinya skizofrenia, frekuensi kejadian gangguan non psikotik meningkat pada keluarga skizofrenia serta secara genetik dikaitkan dengan gangguan kepribadian ambang, skizotipal, gangguan obsesif kompulsif, gangguan kepribadian paranoid, dan anti-sosial. Beberapa peneliti mengidentifikasi suatu cara komunikasi yang patologis dan aneh pada keluarga-keluarga penderita skizofrenia. Komunikasi sering samar-samar atau tidak jelas dan sedikit tidak logis, komunikasi keluarga tersebut mungkin disebabkan dampak memiliki anak skizofrenia. Kemudian berikutnya adalah faktor model *diathesis stress* yaitu mengintegrasikan faktor biologis, psikososial dan lingkungan. Seseorang yang memiliki kerentanan spesifik (*diathesis*), jika mengalaih stress akan dapat memicu munculnya gejala skizofrenia, stresor atau *diathesis* ini bersifat biologis, lingkungan atau keduanya, seperti infeksi atau kematian orang terdekat.^{5,6,7}

Manifestasi klinis dari skizofrenia adalah gangguan proses berfikir, asosiasi loggar, ekolalia alogia, neologisme, slank asosiasi, asosiasi longgar. Gangguan isi pikiran dalam bentuk waham adalah kepercayaan yang salah yang menetap dan tidak bisa di koreksi. Gangguan persepsi seperti halusinasi, ilusi, depersonalisasi, dan de-

realisasi. Ada tiga afek dasar yang sering diperlihatkan oleh penderita skizofrenia (tetapi tidak patognomonik) seperti afek tumpu atau datar, afek tak serasi dan afek labil. Perilaku tak sesuai atau aneh dapat terlihat seperti gerakan tubuh yang aneh, menyeringai, perilaku ritual, ketolol-tololan, agresif, perilaku seksual yang tak pantas. Gangguan motivasi, aktivitas yang menurun atau hilang, gangguan konsentrasi/perhatian, gangguan memori (memori kerja spasial dan verbal).^{1,3,6,5}

Patofisiologi skizofrenia diakibatkan oleh faktor genetik, lingkungan dan faktor lainnya, yang kemudian menyebabkan terjadinya stresor yang menimbulkan gangguan keseimbangan jiwa karena terjadi kegagalan mekanisme pembelaan ego dan orientasi pasien yang berakibat pada gangguan psikis dan disebut skizofrenia. Hal ini terjadi karena kelainan transmisi dari neurotransmitter pada bagian mesolim-bic, nigrostriatal, tuberoinfundibular, dan mesokortikal. Pada mesolimbik terjadi peningkatan dopamine menyebabkan gejala positif, agresifitas, dan impulsifitas, dengan terjadinya delusi/waham, halusinasi serta ketidakteraturan dalam berfikir. Peningkatan dopamine pada negrostriata menimbulkan hiperkinetik. Seperti TIC atau cuncorea, apabila terjadi penurunan dopamine akan terjadi hipokinetik seperti sindroma extrapiramida. Penurunan dopamine pada tuberoinfundibular akan terjadi hiperprolaktinemia. Penurunan dopamin pada jalur mesokortikal akan menyebabkan gejala negatif, kognitif, dan afektif timbul gejala alogia, affective flattening, avolition, anhedonia, asosial, gangguan kognitif (memori, atensi, planning, serta mengambil keputusan) yang akan menimbulkan sulit bersosialisasi tidak nyambung bila diajak bicara, mudah marah dan sulit makan.^{5,7,6}

Penegakan diagnosis skizofrenia berdasarkan PPDGJ-III (ICD-10) meliputi pikiran bergema (*thought-echo*), penarikan pikiran atau sisipan (*thought-withdrawal* atau *thought insertion*) dan penyiaran pikiran (*thought-broadcasting*). Waham

dikendalikan (*delusion of being control*), waham dipengaruhi (*delusion of being influenced*) atau “*passivity*” yang jelas merujuk pada pergerakan tubuh atau pergerakan anggota gerak atau pikiran, perbuatan, perasaan (*sensations*) khusus, waham persepsi. Halusinasi berupa suara yang berkomentar tentang perilaku pasien atau sekelompok orang yang sedang mendiskusikan pasien atau bentuk halusinasi suara lainnya yang datang dari beberapa bagian tubuh. Waham-waham jenis lain yang menurut budaya dianggap tidak wajar serta sama sekali mustahil. Seperti misalnya mengenai identitas keagamaan atau politik atau kekuatan dan kemampuan “manusia super” (tidak sesuai dengan budaya dan sangat tidak mungkin atau tidak masuk akal, misalnya mampu berkomunikasi dengan makhluk asing yang datang dari planet lain). Halusinasi yang menetap pada berbagai modalitas, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang/melayang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun oleh ide-ide berlebihan (*overvalued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus. Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan (*interpolasi*) yang berakibat inkoheren atau pembicaraan tidak relevan atau neologisme. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), sikap tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas sereal, negativisme, mutisme, dan stupor. Gejala-gejala negatif, seperti sikap masa bodoh (*apatis*), pembicaraan yang terhenti, dan respons 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. Perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku perorangan, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tak bertujuan, sikap malas, sikap berdiam diri

(*self-absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial.^{8,3}

Selain itu dapat juga dilakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan tes psikologi untuk mendeteksi cortex frontotemporal yang patologis mempengaruhi *vigilance*, memori dan *concept formation-tes* hasilnya abnormal, disfungsi bilateral berhubungan dengan hendaya pada atensi, retensi waktu, dan kemampuan problem solving dan asimetri tak berhubungan dengan kemampuan motorik.^{7,6} Kedua bisa juga tes intelegensi dimana Skizofrenia cenderung mempunyai skor yang lebih rendah dari populasi umum, Skor rendah sering didapat pada awal onset berlanjut dengan deteriorasi seiring perjalanan penyakit.^{5,7} Terakhir bisa juga Tes Proyeksi dan Kepribadian menggunakan Rorschach dan TAT (*Thematic Apperception Test*) menunjukkan ide bizar. Tes kepribadian MMPI menunjukkan abnormal hal tersebut dapat disumbangkan untuk diagnosis dan rencana terapi minimal.^{5,3}

Skizofrenia paranoid adalah skizofrenia dengan gejala utama yang menonjol adanya waham dan atau halusinasi yang bersifat mengancam, memberi perintah atau halusinasi tanpa bentuk verbal, seperti bunyi pluit (*whistling*), mendengung (*humming*) bunyi tawa (*laughing*), halusinasi pembauan atau pengecap rasa, atau juga halusinasi fisual mungkin ada, waham dapat berupa 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. Adanya gangguan afektif, dorongan kehen-dak dan pembicaraan, gejala katatonik secara relatif tidak menonjol.^{1,5,8,3}

PENATALAKSANAAN

Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronik. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik

(yang baru dialami atau yang kambuh), yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan disini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu, walaupun tetap masih ada waham dan halusinasi, penderita tidak begitu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif, mau ikut serta dalam kegiatan lingkungannya dan mau turut terapi kerja.^{1,3}

Setelah 4-8 minggu, pasien masuk ke tahap stabilisasi sewaktu-waktu gejala-gejala sedikit banyak sudah teratasi, tetapi risiko relaps masih tinggi, apalagi bila pengobatan terputus atau pasien mengalami stres. Sesudah gejala-gejala mereda, maka dosis dipertahankan selama beberapa bulan lagi, jika serangan itu baru yang pertama kali. Jika serangan skizofrenia itu sudah lebih dari satu kali, maka sesudah gejala-gejala mereda, obat diberikan terus selama satu atau dua tahun.^{1,3}

Setelah enam bulan, pasien masuk faserumatan (*maintenance*) yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Kepada pasien dengan skizofrenia menahun, anti-psikotik diberikan dalam jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya dengan dosis yang naik turun sesuai dengan keadaan pasien (seperti juga pemberian obat kepada pasien dengan penyakit badaniah yang menahun, misalnya diabetes mellitus, hipertensi, payah jantung, dan sebagainya). Kita harus waspada terhadap efek samping.^{7,3}

Strategi rumatan adalah menemukan dosis efektif terendah yang dapat memberikan perlindungan terhadap kekambuhan dan tidak mengganggu fungsi psikosial pasien. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberikan dalam dua tahun pertama dari penyakit. Tidak ada dosis standar obat ini, tetapi dosis disesuaikan dengan kebutuhan individu.^{1,3} Antipsikotik yang biasa dipilih bias generasi satu atau generasi dua, untuk generasi satu klorpromazin, perfenazin, trifluoperazin, haloperidol. Sedangkan generasi dua dapat berupa aripipazol, klozapin, olanzapine,

quetiapine, risperi-done, paliperidone, zotepine.⁷

Komplikasi yaitu pasien dapat mempunyai waham dengan taraf ringan dan halusinasi yang tidak begitu jelas (samar-samar). Sebagian gejala akut dan gejala yang lebih dramatis hilang dengan berjalannya waktu, tetapi pasien membutuhkan perlindungan atau menghabiskan waktu bertahun-tahun di dalam rumah sakit jiwa. Keterlibatan dengan hukum untuk pelanggaran ringan kadang-kadang terjadi (misalnya, menggelandang, mengganggu keamanan) dan sering dikaitkan dengan penyalagunaan zat. Sebagian kecil pasien menjadi demensia. Secara keseluruhan harapan hidupnya pendek, terutama akibat kecelakaan, bunuh diri, dan ketidakmampuan merawat diri.^{1,7}

Tipe disorganisasi secara umum mempunyai prognosis yang buruk, tetapi tipe paranoid dan katatonik mempunyai prognosis baik. Prognosis menjadi lebih buruk bila pasien menyalahgunakan zat atau hidup dalam keluarga yang tidak harmonis.^{1,5}

Kekacauan dan dinamika keluarga memegang peranan penting dalam menimbulkan kekambuhan dan mempertahankan remisi. Pasien yang berisiko adalah pasien yang tinggal bersama keluarga yang tidak harmonis, memperlihatkan kecemasan berlebihan, sangat protektif, terlalu ikut campur, sangat mengiritik, dan sering tidak dibebaskan oleh keluarganya. Beberapa peneliti mengidentifikasi suatu cara komunikasi yang patologis dan aneh pada keluarga skizofrenia. Komunikasi sering samar-samar atau tidak jelas dan sedikit tidak logis. Penelitian terbaru menyimpulkan bahwa pola komunikasi keluarga tersebut mungkin disebabkan dampak memiliki anak skizofrenia.^{6,5}

KESIMPULAN

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik, karena penderita gagal menilai realitas, ditandai dengan gangguan utama

pada isi pikiran (waham), gangguan persepsi, serta gangguan emosional dan perilaku. Sampai saat ini belum ditemukan penyebab pasti. Pada skizofrenia paranoid gejala waham dan atau halusinasi sangat menonjol. Penatalaksanaan penderita skizofrenia meliputi pemberian obat-obat psikofarmaka, terapi psikologis, dan terapi psikososial. Keteraturan minum obat, hidup dalam keluarga yang harmonis adalah beberapa faktor yang dapat mencegah resiko kekambuhan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sylvia D Elvira GH. Buku Ajar Psikiatri. Buku Ajar Psikiatri. 2017.
2. Sumekar W, Zahnia S. Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*. 2016; 5(4):160–6.
3. Maramis WF. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi Ketujuh. Airlangga University Press; 2004.
4. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2015.
5. Rofman ES. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Vol. 70, *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2009; hal. 940.
6. James Sadock B. et al. *Kaplan and Saddocks Synopsis of Psychiatry*. Phyladelphia: Woltes Kluwer; 2015.
7. Auliani Hafifah, Irma Melyani Puspitasari RKSF. Review Artikel: Farmako dan terapi rehabilitasi psikososial pada skizofrenia. *Farmaka*. 2018; Vol. 16(2): 218.
8. Maslim R. *Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ - III. Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ - III dan DSM - 5*. 2013; hal. 267.