

LONG CASE SKIZOFRENIA PARANOID : LAPORAN KASUS**Mohammad Nuh Sobiyanto^{1*}, Noer Saelan Tadjudin², Agung Frijanto³**

Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia¹,
 Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia², Departemen Ilmu
 Kesehatan Jiwa Rumah Sakit Soeharto Heerdjan, Jakarta, Indonesia³

*Corresponding Author : mohnuhsobiyanto@gmail.com

ABSTRAK

Salah satu dari 15 penyebab utama morbiditas di seluruh dunia adalah skizofrenia, penyakit ini dikarakteristikkan dengan kumpulan gejala seperti halusinasi, waham, gangguan kemampuan kognitif, dan gangguan perilaku. Beberapa faktor risiko dapat meningkatkan kejadian skizofrenia, faktor risiko utama ialah faktor genetik dan psikososial. Kelainan neurotransmitter diotak merupakan patofisiologi utama yang mendasari terjadinya skizofrenia. Sangat penting untuk memahami penyakit ini agar diagnosa dapat ditegakkan sedini mungkin sehingga dapat diberikan penatalaksanaan yang sesuai. Disajikan laporan kasus pada laki-laki berusia 44 tahun dengan keluhan mengamuk. Pasien sudah pernah didiagnosa dengan skizofrenia paranoid sejak 22 tahun lalu. Ibu pasien juga memiliki keluhan serupa seperti pasien. Sejak 2013 pasien sudah jarang mengonsumsi obatnya dan keluhan semakin parah. Laporan kasus ini membahas ketiga kalinya pasien mendapatkan perawatan inap di RSJ Soeharto Heerdjan. Pemeriksaan status mental didapatkan perawatan diri dan kebersihan diri pasien kurang baik. Mood hipotim dengan afek tumpul. Terdapat gangguan persepsi berupa halusinasi auditorik tipe phonema *commanding* dan *commenting*. Didapatkan bentuk pikir non realistik, arus pikir lancar, dan koheren, namun pasien sesekali mengalami *blocking*. Isi pikir didapatkan waham kendali (*delusion of control*). Konsentrasi dan perhatian kurang baik. Tilikan pasien berada pada derajat 2, dimana pasien terkadang memahami bahwa dirinya sakit, namun terkadang menyangkal apabila dirinya sakit (ambivalensi).

Kata kunci : antipsikotik, skizofrenia, skizofrenia paranoid

ABSTRACT

One of the top 15 causes of morbidity in the world is schizophrenia. A variety of symptoms, including hallucinations, delusions, cognitive impairment, and behavioral abnormalities, are indicative of this illness. Several risk factors can increase the incidence of schizophrenia, the main risk factors are genetic and psychosocial factors. Neurotransmitter abnormalities in the brain are the main pathophysiology underlying schizophrenia. Understanding this disease is critical in order to make an accurate diagnosis and provide suitable therapy as soon as feasible. Presented is a case report of a 44 year old man with complaints of rage. The patient had been diagnosed with paranoid schizophrenia 22 years ago. The patient's mother also had similar complaints as the patient. Since 2013, the patient has rarely taken the medicine and the complaints have become worse. This case report discusses the third time the patient received inpatient treatment at RSJ Soeharto Heerdjan. Mental status examinations revealed that the patient's self-care and personal hygiene were poor. Hypothymic mood with blunted affect. Perceptual abnormalities include auditory hallucinations of the commanding and commenting phonemes. It was found that the thought form was non-realistic, the flow of thought was smooth and coherent, but the patient occasionally experienced blocking. The content of thought is obtained by delusion of control. Poor concentration and attention. The patient's perspective is at level 2, where the patient sometimes understands that he is sick but sometimes denies that he is sick (ambivalence).

Keywords : schizophrenia, paranoid schizophrenia, antipsychotics

PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah salah satu dari 15 penyebab utama morbiditas diseluruh dunia (GBD, 2017). Gejala psikosis yang dialami pasien skizofrenia dapat mempengaruhi semua bidang

kehidupan termasuk fungsi pribadi, sosial, keluarga, pekerjaan, dan pendidikan (WHO, 2022). Skizofrenia dikarakteristikkan dengan kumpulan gejala seperti halusinasi, waham, gangguan kemampuan kognitif, dan gangguan perilaku (PDSKJI, 2011). Terdapat berbagai faktor yang dapat meningkatkan terjadinya skizofrenia diantaranya meliputi faktor genetik, lingkungan, psikososial, dan penggunaan ganja (WHO, 2022).

Menurut organisasi kesehatan dunia, sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) diseluruh dunia mengalami skizofrenia. Prevalensi skizofrenia yang terjadi dikalangan dewasa mencapai 1 dari 222 orang (0,45%) (WHO, 2022). Onset tersering terjadi pada masa remaja akhir hingga usia 20-an. Onset kejadian skizofrenia lebih cepat dialami oleh pria daripada wanita (WHO, 2022). Sebagian besar penderita skizofrenia diseluruh dunia tidak menerima layanan kesehatan mental. Terdapat sekitar 50% pasien di rumah sakit jiwa didiagnosa mengalami skizofrenia dan 31,3% penderita psikosis menerima perawatan kesehatan mental dari spesialis kesehatan jiwa (WHO, 2022; Jaeschke et al., 2021). Berdasarkan penelitian yang menggunakan sampel survei berbasis rumah tangga, wawancara diagnostik klinis, dan catatan medis, perkiraan prevalensi skizofrenia dan gangguan psikotik terkait di AS berkisar antara 0,25% dan 0,64% (NIMH, 2022).

Prevalensi skizofrenia berdasarkan standar usia global pada *Global Burden of Disease* (GBD) tahun 2016, didapatkan sebesar 0,28%. Secara global, terjadi peningkatan kasus prevalensi skizofrenia yaitu sebesar 13,1 juta kasus (1990) menjadi 20,9 juta kasus (2016) dan diperkirakan sekitar 70,8% (atau setara dengan 14,8 juta kasus) terjadi di negara berkembang pada kelompok usia 25-54 tahun. Tidak adanya perbedaan yang signifikan antar jenis kelamin (Charlson et al., 2018). Dilihat dari ukuran populasi regional menunjukkan bahwa Asia Timur melaporkan 7,2 juta kasus dan Asia Selatan melaporkan 4 juta kasus, dimana kedua wilayah tersebut menempati posisi pertama dan kedua sebagai jumlah kasus skizofrenia terbesar di seluruh dunia pada tahun 2016. Asia Tenggara menempati posisi ketiga dengan jumlah kasus mencapai hampir 2 juta kasus. Skizofrenia menyumbang 13,4 juta tahun hidup penyandang disabilitas terhadap beban penyakit secara global (Charlson et al., 2018).

Terjadi peningkatan prevalensi skizofrenia di Indonesia berdasarkan laporan nasional Riset Kesehatan Dasar Republik Indonesia (Riskesdas) 2018, yaitu mencapai 6,7 tiap 1000 penduduk (2018) dan sebesar 1,7 tiap 1000 penduduk (2013) (Kemenkes, 2018; Kemenkes, 2013). Bali dan Yogyakarta merupakan provinsi dengan jumlah pelaporan kasus tertinggi yaitu dengan masing-masing sebesar 11,1 tiap 1000 penduduk dan 10,4 tiap 1000 penduduk. Insidensi skizofrenia di provinsi DKI Jakarta mencapai 6,6 tiap 1000 penduduk. Sebuah studi melaporkan sekitar 51,1% pasien skizofrenia tidak mengonsumsi obat rutin selama 1 bulan terakhir dan alasan tertinggi pasien tidak rutin minum obat dikarenakan merasa sudah sehat (36,1%) (Kemenkes, 2018).

Walaupun prevalensinya relatif rendah, skizofrenia berkontribusi secara signifikan terhadap morbiditas secara global. Tingginya angka ketidakpatuhan pasien dalam pengobatan akan berdampak pada kekambuhan penyakit dan penurunan kualitas hidup pasien, pentingnya memahami skizofrenia dan melakukan penatalaksanaan yang sesuai untuk mencegah kekambuhan serta memperbaiki kualitas hidup pasien.

METODE

Studi penelitian ini merupakan laporan kasus yang dilakukan di RSJ Soeharto Heerdjan pada September – Oktober 2024. Pengambilan data berdasarkan wawancara, pemeriksaan fisik dan status mental, serta rekam medis pasien selama masa perawatan. Tidak dilakukan uji statistik ataupun penggunaan *software* statistik karena penelitian berbasis laporan kasus.

LAPORAN KASUS

Laki-laki berusia 44 tahun dibawa oleh keluarganya ke IGD RSJ Soeharto Heerdjan karena mengamuk sejak 1 minggu terakhir, dan keluarga pasien mengaku sudah tidak sanggup mengurus pasien. Pasien merupakan anak kelima dari pernikahan kedua ibunya, sebelumnya ibunya memiliki 2 orang anak dari pernikahan pertamanya. Saat masa kanak-kanak, pasien merupakan sosok pribadi yang lahir dan tumbuh secara normal seperti anak-anak seusianya, hubungan sosial pasien dengan teman, tetangga, dan keluarganya juga baik. Namun ketika beranjak remaja, ayah dan ibu pasien sering berkelahi dihadapannya hingga akhirnya bercerai pada akhir tahun 1996. Ibu pasien menikah lagi tahun 1998, dan memiliki 5 orang anak dari pernikahan tersebut. Mulanya keluhan yang dialami pasien muncul pertama kali pada tahun 1997. Dimana pada saat itu, pasien berbicara kacau, mulai mendengar suara bisikan yang tidak berwujud berupa bisikan perempuan yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu seperti menyakiti diri sendiri, memukuli kaca, makan kaca, tanah ataupun suara-suara yang mengomentari dirinya. Keluarga juga mengatakan bahwa apabila keinginan pasien tidak dituruti, pasien akan mengamuk dan membanting barang-barang serta melukai orang-orang di rumahnya.

Keluhan tersebut mempengaruhi aktivitas harian pasien hingga pasien diberhentikan dari sekolahnya. Karena sudah tidak bersekolah, pasien cenderung mengganggu dan hanya bekerja serabutan apabila diajak oleh temannya. Tiga tahun kemudian, pasien menikah, namun rumah tangganya tidak berjalan dengan baik. Istri pasien mengatakan bahwa pasien sering berteriak, mengamuk, dan membanting barang-barang apabila keinginannya tidak dituruti. Dua tahun kemudian, istri pasien menceraikan pasien karena sudah tidak sanggup mengurus pasien. Sejak saat itu, pasien tinggal bersama adik bungsunya. Pasien khawatir dan terganggu dengan bisikan perempuan yang selalu didengar olehnya terutama ketika malam hari ataupun saat pasien sedang sendirian di kamarnya, sehingga pasien melakukan apapun yang diperintahkan oleh bisikan tersebut agar tidak merasa khawatir lagi. Pasien meyakini bahwa dirinya dikendalikan oleh bisikan tersebut dan suara bisikan tersebut mirip dengan suara tetangganya namun saat dirinya mendengar suara tersebut tidak ada siapapun orang di kamarnya kecuali dirinya.

Kemudian pasien dibawa oleh keluarganya ke RSJ Soeharto Heerdjan terkait keluhan tersebut dan didiagnosis mengalami skizofrenia paranoid. Pasien menjalani rawat inap selama 2 bulan di RSJ Soeharto Heerdjan dan ketika kondisinya sudah membaik pasien diperbolehkan untuk pulang dan tetap melakukan rawat jalan. Beberapa tahun setelah pulang rawat inap dari RSJ Soeharto Heerdjan pasien minum obat secara teratur dan kondisinya semakin membaik. Namun ketika mendengar kabar bahwa ibunya meninggal (tahun 2010), pasien menjadi murung dan tidak ingin minum obat. Pasien sering berdiam diri dikamarnya, tidak mandi, dan kurang tidur. Ketika malam, pasien sering mondar-mandir disekitar rumah tanpa arah dan tujuan yang jelas. Pasien juga tampak sering berbicara dan tertawa sendiri. Pasienpun dibawa ke RSJ Marzuki Mahdi, namun karena keterbatasan biaya dan jarak, akhirnya pasien dipulangkan kembali ke rumah dan diberikan obat pulang. Pasien kemudian dibawa ke RSJ Soeharto Heerdjan kembali untuk mendapatkan rawat inap ke 2 kalinya. Tiga tahun setelah pulang dari rawat inap keduanya, pasien jarang meminum obatnya kembali karena merasa sudah sembuh. Satu minggu terakhir, keluhan pasien semakin bertambah parah, pasien mengamuk, membanting barang-barang, memukul lemari, kaca dan pintu, hingga mencekik adiknya. Kejadian tersebut dipicu karena pasien meminta kopi dan rokok namun tidak diberikan oleh adiknya. Pasien mengaku bahwa hal tersebut dilakukannya karena disuruh oleh bisikan yang didengarnya semakin kuat. Pasienpun dibawa ke IGD RSJ Soeharto Heerdjan dan dirawat inap untuk ke 3 kalinya.

Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan ataupun trauma kepala. Kondisi medis seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, kejang, dan keganasan disangkal. Ibu pasien

memiliki riwayat penyakit serupa seperti pasien, namun sudah meninggal sejak tahun 2010. Pasien merokok sekitar 4-7 batang/hari sejak tahun 1997 namun saling berbagi rokok dengan teman-temannya. Sejak tahun 2010, pasien merokok 1-2 bungkus/hari. Pasien tidak pernah mengonsumsi alkohol ataupun obat terlarang lainnya. Aktivitas harian pasien dari pagi hingga petang hanya berdiam di kamarnya dan pada malam hari pasien berjalan mondar-mandir disekitar rumah. Hubungan pasien dengan adik dan tetangganya menjadi kurang baik semenjak keluhan pasien muncul kembali.

Pemeriksaan generalisata saat ini, keadaan umum tampak sakit ringan, tanda vital dalam ataupun pemeriksaan fisik lainnya dalam batas normal. Pemeriksaan status mental psikiatri setelah pasien cukup tenang untuk dilakukan wawancara didapatkan tampak seorang pasien laki-laki berusia 44 tahun, berpenampilan sesuai dengan usianya, berkulit sawo matang dengan perawakan yang cukup tinggi, memiliki rambut pendek berwarna hitam. Terdapat luka pada punggung tangan kanan pasien akibat memukul kaca hingga pecah, luka tersebut berukuran 4x3 cm disertai darah. Tidak terdapat jaringan parut ataupun tato. Perawatan diri dan kebersihan diri pasien kurang baik. Selama dilakukannya wawancara, sikap pasien kooperatif dengan aktivitas motorik normoaktif. Kontak psikis ada, wajar namun tidak dapat dipertahankan. Mood hipotim dengan afek tumpul. Pasien memiliki gangguan persepsi berupa halusinasi auditorik tipe phonema *commanding* dan *commenting*. Pada penilaian proses pikir didapatkan bentuk pikir non realistik, arus pikir lancar, dan koheren, namun pasien sesekali mengalami *blocking*. Isi pikir didapatkan *delusion of control*. Konsentrasi dan perhatian pasien kurang baik. Tilikan pasien berada pada derajat 2, dimana pasien terkadang memahami bahwa dirinya sakit, namun terkadang menyangkal apabila dirinya sakit (ambivalensi).

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan yang telah dilakukan, pasien didiagnosis mengalami skizofrenia paranoid berkelanjutan (F20.00) et ketidakpatuhan terhadap pengobatan (Z91.1). Pasien dirawat inap untuk dilakukan penatalaksanaan dan observasi lebih lanjut. Selama dirawat pasien mendapatkan risperidone 2x3 mg, klozapine 2x100 mg, dan *trihexyphenidyl* 1x2 mg. Selain itu psikoterapi seperti psikosuportif dan psikoedukasi juga dilakukan pada pasien. *Global Assessment of Function (GAF) Score* tertinggi pada pasien selama 1 tahun terakhir adalah 40, GAF saat masuk RSJ Soeharto Heerdjan ketiga kalinya adalah 20, dan GAF saat ini 30.

PEMBAHASAN

Skizofrenia dikarakteristikkan dengan kumpulan gejala seperti halusinasi, waham, gangguan kemampuan kognitif, dan gangguan perilaku (PDSKJI, 2011). Etiologi dari skizofrenia belum dipahami secara pasti, namun diperkirakan bahwa faktor genetik dan lingkungan dapat menyebabkan skizofrenia (WHO, 2022). Faktor ini dapat mempengaruhi perkembangan otak pada awal proses organogenesis dan membentuk respons biologis terhadap pengalaman hidup sehingga mempengaruhi timbulnya dan perkembangan gangguan skizofrenia (Manassa et al., 2024). Faktor genetik memiliki resiko yang signifikan tinggi terhadap terjadinya skizofrenia. Pada satu orang tua yang menderita skizofrenia, risiko anaknya sebesar 10% mengalami skizofrenia, sedangkan apabila kedua orangtua mengalami skizofrenia maka kejadian akan meningkat hingga 40%. Hal ini dapat pula terjadi pada kehamilan kembar monozigot berpeluang mengalami skizofrenia 30-40% sedangkan kehamilan kembar dizigot sebesar 10-15%. Pasien dalam laporan kasus ini memiliki faktor risiko genetik sebesar 10% karena salah satu orangtuanya (ibunya) memiliki riwayat keluhan serupa dengan pasien.

Selain itu faktor psikososial dan penggunaan ganja secara berlebihan juga dapat meningkatkan risiko terjadinya skizofrenia (WHO, 2022). Faktor stress dan psikososial sering menjadi penyebab terjadinya skizofrenia, seringkali penurunan faktor sosioekonomi yang berdampak menganggu fungsi psikososial. Selain itu, penggunaan obat atau bahan psikoaktif

tetrahydrocannabinol (THC), diketahui dapat menimbulkan efek psikotik sementara. THC juga dapat memperburuk kondisi psikotik yang sudah ada sebelumnya dan merupakan faktor risiko skizofrenia, selain itu faktor konsepsi pada usia tua juga menjadi faktor resiko (Kringlen, 2000; Manassa et al., 2024). Pasien dalam laporan kasus ini juga memiliki faktor stress dan psikososial yang berisiko meningkatkan terjadinya skizofrenia. Pertengakaran kedua orangtua pasien dihadapan pasien yang berujung hingga terjadinya perceraian merupakan keadaan yang dapat berdampak pada peningkatan stress dan psikososial.

Skizofrenia sering dikaitkan dengan adanya kelainan neurotransmitter dalam proses patofisiologinya. Banyak neurotransmitter yang berperan yaitu dopamin, serotonin, glutamat dan Asam Gamma-Aminobutirat (GABA). Terdapat 4 jalur dopamine utama yang dikenal, yaitu jalur mesolimbik, mesokortikal, tuberoinfundibular, dan nigrostriatal (Manassa et al., 2024). Aktivitas dopamin yang berlebihan di jalur mesolimbik, yang berjalan dari area tegmental ventral ke daerah limbik, dianggap berkontribusi terhadap gejala positif skizofrenia. Kadar dopamin yang kurang di jalur mesokortikal, yang menghubungkan area tegmental ventral ke korteks, dapat mendasari gejala negatif dan defisit kognitif. Selain itu, jalur nigrostriatal dikaitkan dengan efek samping motorik ekstrapiramidal yang disebabkan oleh penghambat reseptor D2. Sedangkan jalur tuberoinfundibular dikaitkan dengan hiperprolaktinemia yang diamati dengan penggunaan penghambat reseptor D2. Selain neurotransmitter dopamine penurunan GABA juga dapat menyebabkan adanya peningkatan aktivitas dopamine pada jalur utama dopamine (Cioffi, 2013; Manassa et al., 2024). Kelainan struktural dan perubahan fungsional dari otak juga menjadi dasar patofisiologi dari terjadinya skizofrenia. Pembesaran dari ventrikel lateral dan ke-3, penurunan volume dari sistem limbik, korteks prefrontal dan thalamus juga dapat terjadi. Selain itu penurunan volume dari hippocampus dan amygdala dan hypoaktivitas lobus frontal dan hiperaktivitas ganglia basal dapat berperan dalam patofisiologi skizofrenia (McIntosh et al., 2011; Sigmundsson et al., 2001).

Terdapat dua gejala klinis pada pasien skizofrenia, meliputi gejala positif dan negatif (APA, 2013). Pada gejala positif terdapat gejala psikotik meliputi halusinasi atau ilusi dari panca indera dan dapat terjadi pada seluruh panca indera, waham (delusi) dan disorganisasi pikiran atau ucapan. Gangguan motorik juga dapat terjadi seperti perilaku yang tidak terorganisasi (contohnya berbicara sendiri, tertawa atau tersenyum sendiri). Gejala negatif berupa afek datar, penarikan diri dari lingkungan sosial, anhedonia (yaitu tidak ada hasrat melakukan aktivitas), alogia (yaitu gangguan berpikir yang biasanya berdampak pada pengurangan bicara contohnya selalu menjawab semua pertanyaan dengan 1 kata) (APA, 2013; Fitrikasari & Kartikasari, 2022). Selain adanya gejala positif dan negatif pada skizofrenia terdapat gejala klinis lain berupa gangguan kognitif seperti gangguan memori, penurunan fungsi tubuh (PSDKJI, 2011). Pasien dalam laporan kasus ini memiliki gejala positif berupa adanya halusinasi auditorik yaitu adanya suara ataupun bisikan yang menyuruh atau memerintah pasien dan bisikan yang mengomentari pasien, waham kendali (*delusion of control*). Selain itu pasien dalam laporan kasus ini juga memiliki gejala negatif berupa menarik diri dari lingkungan sosial (berdiam diri di kamar), tidak mandi, dan kurang tidur.

Menurut perjalanan penyakitnya, skizofrenia terbagi atas beberapa fase, di antaranya fase prodromal, aktif, residual, remisi, dan *recovery*. Pada fase prodromal terdapat gejala negatif, perilaku aneh, afek abnormal, bicara tidak biasa disertai ide-ide aneh dan gangguan persepsi dapat muncul pada fase ini. Fase prodromal dapat timbul pada masa remaja dan perkembangan gejala prodromal dapat terjadi dalam beberapa hari hingga bulan. Perubahan sosial lingkungan, penggunaan zat atau kematian kerabat dapat memicu gejala skizofrenia muncul. Fase aktif dapat ditandai dengan gejala positif yang semakin jelas dan disertai dengan gejala negatif yang semakin berat (Fitrikasari & Kartikasari, 2022). Fase residual ditandai dengan mulai berkurang hingga hilangnya gejala positif tetapi masih didapatkan gejala negatif (Zahra Hafizha et al.,

2023). Penilaian fase residual dapat ditentukan dengan menggunakan kriteria *Positive and Negative Symptom Scale* (PANSS). Fase remisi ditandai dengan adanya perbaikan yang signifikan, mulai dari gejala psikotik dan gejala yang tersisa memiliki intensitas rendah serta tidak terganggunya perilaku dan pasien dapat kembali ke aktivitas sosial. Fase *recovery* dimana penderita skizofrenia telah dinyatakan pulih dan membaik secara fungsi sosial dan pekerjaannya minimal selama 2 tahun (Fitrikasari & Kartikasari, 2022; PDSKJI, 2011). Pasien pada laporan kasus ini berada pada fase aktif, dimana terdapat gejala positif yang signifikan berupa halusinasi dan delusi serta gejala negatif yang semakin memberat seperti anhedonia, penarikan diri dari lingkungan sosial, penurunan mood dan afek tumpul.

Tabel 1. Penegakkan Diagnosa Skizofrenia Berdasarkan PPDGJ III**Kriteria Diagnosis Skizofrenia**

Harus ada sedikitnya 1 gejala berikut ini yang sangat jelas (biasanya ≥ 2 gejala bila gejala kurang jelas)	<i>"Thought echo"</i> , <i>"thought insertion or withdrawal"</i> , <i>"thought broadcasting"</i> <i>"Delusion of control"</i> , <i>"delusion of influence"</i> , <i>"delusion of passivity"</i> , <i>"delusion of perception"</i> Halusinasi auditorik. Waham menetap jenis lainnya yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil.
Atau paling sedikit 2 gejala 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 ide-ide berlebihan yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus-menerus. Arus pikiran terputus atau mengalami sisipan, yang berakibat inkoherensi/pembicaraan tidak relevan/neologisme. Perilaku katatonik. Gejala-gejala negatif.
Adanya gejala khas tersebut telah berlangsung selama kurun waktu 1 bulan atau lebih Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku pribadi.	

Pada skizofrenia paranoid terdapat gejala tambahan berupa halusinasi dan atau waham yang harus menonjol yaitu 1) Suara halusinasi yang mengancam atau memberi perintah 2) Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual atau lainnya, 3) Waham yang dapat berupa hampir setiap jenis namun waham dikendalikan, waham dipengaruhi dan keyakinan dikejar-kejar serta terdapat gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan serta gejala katatonik yang tidak nyata atau tidak menonjol (Maslim, 2013). Diagnosis skizofrenia paranoid berdasarkan PPDGJ III dapat ditegakkan pada pasien dalam laporan kasus ini karena pasien memiliki salah gejala berupa waham kendali (*delusion of control*) dan halusinasi auditorik tipe phonema *commanding* dan *commenting*. Gejala halusinasi dan delusi yang dialami pasien sangat menonjol. Selain itu pasien juga memiliki perubahan perilaku seperti hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri dan penarikan diri secara sosial. Semua gejala yang dialami pasien sudah terjadi selama lebih dari 1 bulan.

Penatalaksanaan dari skizofrenia berupa pemberian antipsikotik. Antipsikotik diberikan dengan indikasi untuk mengendalikan gejala aktif. Secara garis besar obat antipsikotik dapat dapat dibagi menjadi 2 yaitu, Antipsikotik Generasi I (APG-I) dan Antipsikotik Generasi II (APG-II) (PDSKJI, 2011). Secara farmakokinetik APG-I bekerja untuk memblokir reseptor D2 pada jalur dopaminergik serta mengurangi gejala positif skizofrenia. Sedangkan APG-II selain memblokir reseptor D2, obat generasi ini juga mempengaruhi reseptor serotonin sehingga obat ini lebih efektif karena dapat mengatasi gejala positif dan negatif pada pasien

skizofrenia. Beberapa obat yang termasuk golongan APG-I di antaranya klorpromazin, perfenazin, trifluoperazine, dan haloperidol. Sedangkan obat yang termasuk golongan APG-II adalah aripiprazole, klozapin, olanzapine, quetiapin, risperidon, paliperidon, dan zotepin. Pada pemberian APG, terdapat efek samping yang dapat terjadi seperti *extrapyramidal syndrome* berupa akatisia, dystonia akut, dan parkinsonism. *Extrapiramidal syndrome* dapat ditangani dengan pemberian obat berupa trihexifenidil hidroklorid, amantadine, propranolol, lorazepam dan difenhidramin (Fitrikasari & Kartikasari, 2022; Kemenkes RI, 2015; PDSKJI, 2011). Pasien dalam laporan kasus ini diberikan tatalaksana berupa obat APG generasi II yaitu kombinasi risperidone dan klozapine untuk meredakan gejala positif dan negatif yang dialami pasien. Selain itu pasien juga diberikan trihexyphenidyl hidroklorid untuk meminimalisir *extrapyramidal syndrome* yang terjadi sebagai efek samping obat APG. Psikoterapi dan psikoedukasi juga diberikan kepada pasien selama perawatan sebagai bentuk dukungan secara mental agar pasien lebih mengerti mengenai penyakit yang dialaminya saat ini serta pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan.

KESIMPULAN

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang dikarakteristikkan dengan kumpulan gejala seperti halusinasi, waham, gangguan kemampuan kognitif, dan gangguan perilaku. Faktor risiko genetik dan psikososial merupakan faktor risiko utama yang dapat meningkatkan kejadian skizofrenia. Penyakit ini dikaitkan dengan adanya kelainan pada neurotransmitter di otak. Halusinasi dan delusi merupakan gejala yang akan menonjol pada pasien dengan skizofrenia paranoid. Penegakkan diagnosa skizofrenia didasarkan pada kriteria PPDGJ III ataupun DSM V. Pemantauan akan keberhasilan terapi pada pasien skizofrenia dapat diamati menggunakan PANSS. Pemberian terapi antipsikotik, psikoterapi, psikoedukasi, pemantauan terapi, dan kepatuhan terhadap pengobatan sangat penting untuk mencegah perburukan gejala, kekambuhan, serta penurunan kualitas hidup pasien.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih disampaikan kepada RSJ Soeharto Heerdjan karena telah membantu terselesaikannya penelitian ini dan kepada civitas akademika Universitas Tarumanagara atas dukungannya dalam penyelesaian artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Charlson, F.J., Ferrari, A.J., Santomauro, D.F., Diminic, S., Stockings, E., ... & Whiteford, H.A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195-1203. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6192504/>
- Cioffi, CL. (2013). Modulation of NMDA receptor function as a treatment for schizophrenia. *Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters*, 23(18), 5034-5044. <https://doi.org/10.1016/j.bmcl.2013.07.019>
- Fitrikasari, A., & Kartikasari, L. (2022). Buku Ajar Skizofrenia (N. Kuntardjo, Ed.). *UNDIP Press Semarang*.
- GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global

- Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Jaeschke, K., et al. (2021). Global estimates of service coverage for severe mental disorders: findings from the WHO Mental Health Atlas 2017. *Global Mental Health*, 8:e27.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Laporan Nasional Riskesdas 2013. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa. *Kementerian Kesehatan RI*, 24.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kringlen, E. (2000). Twin studies in schizophrenia with special emphasis on concordance figures. *American Journal of Medical Genetics*, 97(1), 4–11.
- Manassa, H., Baryiah, R., Abid, R., & Jennifer, C. (2024, February 23). *Schizophrenia*. Treasure Island (FL). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
- McIntosh, AM., Owens, DC., Moorhead, WJ., Whalley, HC., Stanfield, AC., ... & Lawrie, SM. (2011). Longitudinal Volume Reductions in People at High Genetic Risk of Schizophrenia as They Develop Psychosis. *Biological Psychiatry*, 69(10), 953–958. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.11.003>
- Maslim, R. (2013). *Diagnosis gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5* (2nd ed.). Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.
- National Institute of Mental Health. (2022). Schizophrenia. *NIMH*. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia#part_2544
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. (2011). Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia. PDSKJI.
- Sigmundsson, T., Suckling, J., Maier, M., Williams, SCR., Bullmore, ET., ... & Toone, BK. (2001). *Structural Abnormalities in Frontal, Temporal, and Limbic Regions and Interconnecting White Matter Tracts in Schizophrenic Patients with Prominent Negative Symptoms*. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 234–243. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.234>
- World Health Organization. (2022). Schizophrenia. *WHO*.
- Zahra, HFA., Ayu, MA., Rahma, P., Muhammad, FN., Ahmad, IW., Zukhrufa, DM., & Yusuf Alam, R. (2023). Edukasi Kesehatan Jiwa pada Pasien Dengan Skizofrenia Residual Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Proceeding of Thalamus Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 143–153.