



WOMAN AGED 38 YEARS OLD WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Roi Holan Ambarita¹⁾

¹⁾Medical Faculty of Lampung University

Abstract

Background. Schizophrenia is a psychiatric diagnosis that describes a mental disorder with abnormalities in perception or character disorder of reality. Perceptual abnormalities may include sensory senses disturbances, usually in the form of auditory hallucinations, paranoid, bizarre delusions, and can also be disorganized in speech and real social communication disorders. **Case.** Mrs. N aged 38 years came with a complaint of raging around for no reason to the families and communities. The patient had been treated in Lampung Mental Hospital about 2 years ago with a similar complaint. Physical examination found blood pressure 120/80 mmHg, heart rate 76 x/m, respiratory rate 18 x/m, temperature 37,1 °C. Psychiatric status obtained clear consciousness, poor insight, thought broadcasting, blunted affect, hallucination of auditory, visual, tactile and olfatoric senses, followed by delusions of control, suspicious, and being chased. Diagnosis axis I: paranoid schizophrenia, axis II and III: no, axis IV: family issues, axis V: global assessment of functioning highest level past year (GAF HLPY): 50-41; GAF Current: 60-51. Pharmacotherapy is chlorpromazine 1x100 mg tab, haloperidol 3x5 mg tab, and trihexyphenidyl 3x2 mg tab, followed with psychotherapy. **Conclusion.** Paranoid schizophrenia in this patient due to family issues which is interfaith marriage. [Medula Unila.2014;2(3):101-110]

Keywords: delusion, hallucination, paranoid schizophrenia, woman

SKIZOFRENIA PARANOID PADA WANITA USIA 38 TAHUN

Abstrak

Latar Belakang. Skizofrenia adalah diagnosis kejiwaan yang menggambarkan gangguan mental dengan karakter abnormalitas dalam persepsi atau gangguan mengenai realitas. Abnormalitas persepsi dapat berupa gangguan di kelima panca indera, biasanya berupa halusinasi auditorik, paranoid, waham bizarre, dan dapat juga berupa disorganisasi berbicara dan gangguan komunikasi sosial yang nyata. **Kasus.** Ny. N umur 38 tahun datang dengan keluhan mengamuk kepada keluarga dan masyarakat sekitar tanpa sebab yang jelas. Pasien pernah dirawat di RSJP Lampung 2 tahun yang lalu dengan keluhan serupa. Pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 76 x/m, laju napas 18 x/m, suhu 37,1 °C. Status psikiatrik didapatkan kesadaran jernih, insight buruk, thought broadcasting, afek tumpul, halusinasi auditorik, visual, olfaktorik ataupun taktil, diikuti waham kendali, curiga, dan kejar. Diagnosis aksis I: skizofrenia paranoid, aksis II dan III: tidak ada, aksis IV: masalah keluarga, aksis V: GAF HLPY = 50-41, GAF Current = 60-51. Terapi psikofarmaka yaitu chlorpromazine tab 1 x 100 mg, haloperidol tab 3 x 5 mg, dan trihexyphenidyl 3 x 2 mg, serta psikoterapi yaitu support. **Simpulan.** Skizofrenia paranoid pasien ini disebabkan masalah keluarga yakni pernikahan beda agama. [Medula Unila.2014;2(3):101-110]

Kata kunci: halusinasi, skizofrenia paranoid, waham, wanita



Pendahuluan

Skizofrenia paranoid merupakan salah satu tipe dari enam jenis skizofrenia dalam pedoman penggolongan diagnosis gangguan jiwa III (PPDGJ-III) diberi kode diagnosis F20.0. Skizofrenia paranoid merupakan gangguan psikotik yang merusak yang dapat melibatkan gangguan yang khas dalam berpikir (delusi), persepsi (halusinasi), berbicara, emosi dan perilaku. Keyakinan irasional bahwa dirinya seorang yang penting atau isi pikiran yang menunjukkan kecurigaan tanpa sebab yang jelas, seperti bahwa orang lain bermaksud buruk atau bermaksud mencelakainya. Para penderita skizofrenia tipe paranoid secara mencolok tampak berbeda karena delusi dan halusinasinya, sementara keterampilan kognitif dan afek mereka relatif utuh. Mereka pada umumnya tidak mengalami disorganisasi dalam berbicara atau afek datar. Mereka biasanya memiliki prognosis yang lebih baik dibandingkan penderita tipe skizofrenia lainnya (Durand dan David, 2007).

Umumnya pasien datang dengan dua atau lebih gejala berupa *thought echo*, delusi, halusinasi auditorik, delusi menetap, halusinasi menetap, arus pikiran yang terputus, perilaku katatonik, dan simptom negatif (Maslim, 2004).

Kasus

Ny. N, usia 38 tahun, datang dengan keluhan sering mengamuk kepada keluarga dan masyarakat sekitar tanpa sebab yang jelas. Pasien sering mengaku memiliki dua kepribadian, yaitu kepribadian normal dan kepribadian tak normal. Kepribadian tak normal yaitu pasien sering berbicara sendiri dan mengaku sering melihat meteor jatuh di depan rumah pasien. Lalu pasien mengaku meteor tersebut bisa berbicara kepada pasien, dan sering memerintah pasien untuk melakukan sesuatu yang tidak dikehendaki oleh pasien. Pasien juga selalu diikuti dan dikejar-kejar oleh meteor tersebut dan mengendalikan seluruh pikiran dan tubuh pasien apabila pasien tidak menurutinya.

Pasien juga sering curiga kepada orang lain bahkan kepada saudara-saudara kandungnya sendiri. Pasien juga mengatakan bahwa orang lain bisa membaca isi pikirannya sendiri. Selain itu, pasien juga sering mengatakan bahwa pasien sering mencium bau kembang di rumah, dan pasien mengaku sering ada yang masuk ke tubuh pasien yang dimulai dari tangan hingga masuk ke dada



pasien, namun pasien tidak tahu apa yang masuk ke dalam tubuhnya. Pasien juga sering keluyuran dari rumah dengan membawa anaknya namun pasien masih bisa untuk balik lagi ke rumah. Semua keluhan ini sudah dirasakan sekitar 2 bulan lamanya dan semakin berat hingga pasien sering mengamuk dan marah-marah tanpa sebab yang jelas kepada keluarga hingga membanting gelas serta meresahkan masyarakat sekitar. Pasien pernah dirawat di RSJP Lampung sekitar 2 tahun yang lalu dengan keluhan yang serupa.

Pasien menikahi seorang suami yang sebelum nikah berbeda keyakinan (agama) dengan pasien. Suami pasien beragama Hindu sedangkan pasien beragama Islam. Pasien hanya memberikan satu syarat kepada suami pasien, yaitu dengan memeluk agama pasien agar bisa menikahi pasien. Saudara-saudara kandung pasien sering berbeda pendapat masalah pernikahan pasien dengan suaminya, sehingga sering memicu tekanan dari saudara-saudara kandung pasien. Pasien merupakan anak pertama dari empat bersaudara, dan orang tua pasien bercerai sewaktu pasien masih duduk di bangku SD, hal ini menyebabkan tekanan batin bagi pasien yang menghendaki kehidupan yang tentram. Semenjak itu, pasien tinggal bersama ibu dan saudara-saudara kandung pasien sehingga pasien harus jadi tulang punggung keluarga sewaktu pasien masih kecil hingga saudara-saudara kandung pasien menikah. Riwayat keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa disangkal. Riwayat minum-minuman beralkohol disangkal, riwayat penggunaan obat-obatan terlarang disangkal, riwayat panas tinggi disangkal, riwayat kejang disangkal, riwayat trauma kepala disangkal, serta riwayat sakit kepala hebat/terus-menerus disangkal.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan keadaan umum baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 76 x/m, laju napas 18 x/m, suhu 37,1°C, status generalis, neurologis maupun pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Status psikiatrik didapatkan kesadaran jernih, insight buruk, *thought broadcasting*, afek tumpul, halusinasi auditorik, visual, olfaktorik, ataupun taktil, diikuti waham kendali, curiga, dan kejar.

Diagnosis pasien berupa diagnosis multiaksial yaitu aksis I: skizofrenia paranoid, aksis II dan III: tidak ada, aksis IV: masalah keluarga, aksis V: GAF HLPY: 50-41, GAF *Current*: 60-51. Terapi psikofarmaka yaitu chlopromazine tab



1 x 100 mg, haloperidol tab 3 x 5 mg, dan trihexyphenidyl 3 x 2 mg serta psikoterapi suportif.

Pembahasan

Berdasarkan anamnesis pasien datang dengan keluhan sering mengamuk kepada keluarga dan masyarakat sekitar tanpa sebab yang jelas. Pasien mengalami halusinasi mengaku sering melihat meteor jatuh di depan rumah pasien. Lalu pasien mengaku meteor tersebut bisa berbicara kepada pasien, dan sering memerintah pasien untuk melakukan sesuatu yang tidak dikehendaki oleh pasien. Pasien juga selalu diikuti dan dikejar-kejar oleh meteor tersebut dan mengendalikan seluruh pikiran dan tubuh pasien apabila pasien tidak menurutinya. Selain itu pasien sering berbicara sendiri dan sering mencium bau kembang di rumah.

Muncul waham paranoid, pasien sering curiga kepada orang lain bahkan kepada saudara-saudara kandungnya sendiri. Pasien juga mengatakan bahwa orang lain bisa membaca isi pikirannya sendiri. Selain itu, pasien juga mengaku sering ada yang masuk ke tubuh pasien yang dimulai dari tangan hingga masuk ke dada pasien, namun pasien tidak tahu apa yang masuk ke dalam tubuhnya. Pasien juga sering keluyuran dari rumah dengan membawa anaknya namun pasien masih bisa untuk balik lagi ke rumah. Semua keluhan ini sudah dirasakan sekitar 2 bulan lamanya dan semakin berat hingga pasien sering mengamuk dan marah-marah tanpa sebab yang jelas kepada keluarga hingga membanting gelas serta meresahkan masyarakat sekitar.

Pasien pernah dirawat di RSJP Lampung sekitar 2 tahun yang lalu dengan keluhan yang serupa. Didapatkan adanya masalah dalam keluarga berupa pernikahan beda agama, tekanan dari pihak keluarga pasien yang terus menerus, serta beban sebagai tulang punggung keluarga.

Riwayat keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa disangkal. Riwayat minum-minuman beralkohol disangkal, riwayat penggunaan obat-obatan terlarang disangkal, riwayat panas tinggi disangkal, riwayat kejang disangkal, riwayat trauma kepala disangkal, serta riwayat sakit kepala hebat/terus-menerus disangkal.



Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan keadaan umum baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, status generalis, neurologis, maupun pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Status psikiatrikus didapatkan kesadaran jernih, insight buruk, *thought broadcasting*, afek tumpul, halusinasi auditorik, visual, olfaktorik, ataupun taktil, diikuti waham kendali, curiga, dan kejar.

Adanya gejala psikotik yang berlangsung selama 1 bulan atau lebih, dengan insight buruk, kesadaran jernih, *thought broadcasting*, afek tumpul, halusinasi, waham, serta tersingkirnya gejala yang mengarah gangguan mental organik ataupun gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif berdasarkan hierarki tergolong kriteria diagnostik skizofrenia (Sadock dan Sadock, 2007). Kriteria diagnostik skizofrenia paranoid ditandai dengan adanya gejala skizofrenia dengan waham curiga ataupun kejar dan halusinasi auditorik yang mencolok (Maslim, 2004).

Berdasarkan PPDGJ III, skizofrenia adalah suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau “*deteriorating*”) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*), kesadaran yang jernih (*clear consciousness*) dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maslim, 2004).

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 (Maslim, 2004).

Pada pasien ini, diagnosis berupa diagnosis multiaksial yaitu aksis I: skizofrenia paranoid, aksis II dan III: tidak ada, aksis IV: masalah keluarga, aksis V: GAF HLPY = 50-41; GAF *Current* = 60-51. Adapun penilaian taraf fungsi global pada pasien ini mengalami kemajuan atau meningkat setelah dirawat dan diobati yaitu dari gejala berat/serius, disabilitas berat menjadi gejala sedang, disabilitas sedang.

Prevalensi skizofrenia seumur hidup secara umum telah diperkirakan sekitar 1% di seluruh dunia (Bhugra, 2005). Namun, tinjauan sistematis oleh Saha et al dari 188 studi yang diambil dari 46 negara ditemukan risiko skizofrenia seumur hidup sebesar 4.0 per 1000 penduduk; perkiraan prevalensi dari negara kurang berkembang secara signifikan lebih rendah dibandingkan negara maju (Saha et al, 2005).

Prevalensi skizofrenia antara pria dan wanita adalah sama. Onset skizofrenia pada wanita lebih lambat dibandingkan pada pria, dan manifestasi klinis pada wanita lebih ringan. Hal ini mungkin disebabkan karena pengaruh antidopaminergik estrogen yang dimiliki pada wanita. Onset skizofrenia biasanya terjadi antara usia remaja akhir dan usia pertengahan 30-an tahun. Untuk laki-laki, usia puncak untuk episode psikotik pertama adalah pada awal 20-an tahun hingga usia pertengahan. Sedangkan untuk wanita akhir 20-an tahun (Haro et al, 2011).

Etiologi skizofrenia sampai saat ini tidak diketahui. Kemungkinan besar setidaknya ada 2 faktor risiko yang dapat menyebabkan skizofrenia yaitu genetik dan perinatal. Selain itu, faktor sosial dan lingkungan juga dapat meningkatkan risiko skizofrenia pada imigran internasional atau populasi perkotaan etnis minoritas. Risiko skizofrenia meningkat pada saudara kandung dengan skizofrenia. Risiko skizofrenia pada kerabat tingkat pertama dari orang yang dengan skizofrenia adalah 10%. Jika kedua orang tua mengidap skizofrenia, risiko skizofrenia pada anak mereka adalah 40%. Kesesuaian untuk skizofrenia adalah sekitar 10% untuk kembar dizigot dan 40-50% untuk kembar monozigot (Bourque



et al, 2011). Beberapa orang dengan skizofrenia tidak memiliki riwayat keluarga yang mengidap gangguan jiwa. Kasus ini mungkin akibat dari adanya hasil dari mutasi gen baru, yaitu mutasi *de novo*. Mutasi *de novo* pada *exome* (bagian dari kromosom yang mengkode protein) tampaknya lebih umum terdapat pada pasien dengan skizofrenia (Girard *et al*, 2011). Sedangkan untuk faktor perinatal, wanita yang kekurangan gizi atau yang memiliki penyakit virus tertentu selama kehamilan memiliki risiko lebih besar melahirkan anak yang kemudian dapat berkembang menjadi skizofrenia (Brown dan Derkits, 2010). Sedangkan teori tentang etiologi skizofrenia yang saat ini banyak dianut di Indonesia adalah teori genetik, teori neurokimia yaitu hipotesis dopamin, dan teori hipotesis perkembangan saraf (Maramis dan Maramis, 2009).

Adapun masalah-masalah yang sering terdapat pada pasien skizofrenia meliputi masalah yang berhubungan dengan gejala penyakit seperti halusinasi, waham, tingkah laku pasien yang agresif yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain, adanya gejala akibat efek samping obat antipsikotik, kecenderungan untuk melakukan bunuh diri, frekuensi kekambuhan yang sering, dan adanya komorbiditas dengan penyakit-penyakit fisik atau penggunaan zat psikoaktif. Masalah yang berkaitan dengan disabilitas yang terjadi pada pasien skizofrenia meliputi ketidakmampuan merawat diri, kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain, menarik diri, kesulitan dalam melakukan keterampilan dalam pekerjaannya. Masalah yang berhubungan dengan sistem pendukung adanya ekspresi emosi yang tinggi dalam keluarga pasien, serta pengetahuan keluarga yang sangat kurang tentang gangguan skizofrenia (IPQ, 2011).

Menurut teori Psikodinamika Sigmund Freud, id merupakan bagian paling primitif dalam kepribadian dan merupakan dorongan-dorongan untuk memenuhi kebutuhan psikologi dasarnya, Id terletak di alam bawah sadar dan dorongan-dorongan dalam id selalu ingin segera dipuaskan. Ego adalah bagian eksekutif dari kepribadian yang terdapat di dalam alam bawah sadar yang berfungsi untuk menyaring dorongan-dorongan yang ingin dipuaskan oleh id berdasarkan kenyataan. Superego mencakup nilai-nilai moral yang memberikan batasan baik dan buruk. Nilai-nilai yang ada dalam superego memiliki nilai-nilai ideal, oleh



karena itu, superego berorientasi pada kesempurnaan (Maramis dan Maramis, 2009). Dalam hal ini id pasien adalah ingin hidup tentram, ego pasien adalah pasien menikah dengan suami yang pemahamannya agamanya kurang, dan superego pasien adalah menikah dengan pasangan yang ideal dan satu keyakinan. Dalam kasus ini, terdapat pertentangan antara ego dan superego.

Pemilihan jenis anti psikosis mempertimbangkan gejala psikosis yang dominan dan efek samping obat. Pergantian disesuaikan dengan dosis ekuivalen. Bila gejala negatif lebih menonjol dari gejala positif pilihannya adalah obat anti psikosis atipikal. Sebaliknya bila gejala positif lebih menonjol dibandingkan gejala negatif pilihannya adalah tipikal. Begitu juga pasien-pasien dengan efek samping ekstrapiramidal pilihan kita adalah jenis atipikal (Maslim, 2007).

Obat antipsikosis yang beredar di pasaran dapat di kelompokkan menjadi dua bagian yaitu anti psikosis generasi pertama (APG I) dan anti psikosis generasi kedua (APG II). APG I bekerja dengan memblokir dopamin pada reseptor pasca-sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (*dopamin D2 receptor antagonists*) sehingga dengan cepat menurunkan gejala positif tetapi pemakaian lama dapat memberikan efek samping berupa gangguan ekstrapiramidal, *tardive dyskinesia*, peningkatan kadar prolaktin yang akan menyebabkan disfungsi seksual atau peningkatan berat badan, dan memperberat gejala negatif maupun kognitif. Selain itu, APG I menimbulkan efek samping anti kolinergik seperti mulut kering, pandangan kabur, gangguan miksi, defekasi, dan hipotensi. Sedangkan APG II sering disebut sebagai serotonin dopamin antagonis (SDA) atau anti psikosis atipikal. Bekerja melalui interaksi serotonin dan dopamin pada keempat jalur dopamin di otak yang menyebabkan rendahnya efek samping ekstrapiramidal dan sangat efektif mengatasi gejala negatif. Pada pasien ini diberikan chlorpromazine dan haloperidol dimana keduanya termasuk anti psikosis tipikal yang efektif untuk gejala positif. Trihexyphenidyl diberikan untuk mengurangi efek samping ekstrapiramidal (Maslim, 2007).

Permasalahan yang sering ditemui pada pasien dengan skizofrenia setelah kembali ke komunitas adalah ketidakmampuannya untuk mencapai dan



mempertahankan pelayanan yang mereka butuhkan agar dapat berfungsi baik dalam komunitasnya. Mereka hanya mengadakan kontak dengan jasa pelayanan kesehatan bila telah terjadi keadaan krisis saja (IPQ, 2011). Oleh sebab itu, diperlukan psikoterapi suportif yang dapat membantu individual atau kelompok, serta bimbingan yang praktis dengan maksud untuk mengembalikan penderita ke masyarakat (Maramis dan Maramis, 2009). Di samping itu, diperlukan juga kontinuitas, aksesibilitas, akuntabilitas, dan efisiensi untuk keberhasilan suatu terapi pada pasien skizofrenia (IPQ, 2011).

Simpulan

Pada pasien ini didiagnosis sebagai diagnosis multiaksial yaitu aksis I: skizofrenia paranoid, aksis II dan III: tidak ada, aksis IV: masalah keluarga, aksis V: GAF HLPY = 50-41; GAF *Current* = 60-51. Skizofrenia paranoid pasien ini disebabkan masalah keluarga yakni pernikahan beda agama. Terapi pada pasien ini berupa psikofarmaka yaitu chlorpromazine tab 1 x 100 mg, haloperidol tab 3 x 5 mg, dan trihexyphenidyl 3 x 2 mg, serta psikoterapi yaitu support.

Daftar Pustaka

- Bhugra D. 2005. The global prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2(5):e151; quiz e175.
- Bourque F, Vander VE, Malla A. 2011. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med.* 41(5):897-910.
- Brown AS, Derkits EJ. 2010. Prenatal infection and schizophrenia: a review of epidemiologic and translational studies. *Am J Psychiatry.* 167(3):261-80.
- Durand VM, David HB. 2007. *Essential of abnormal psychology.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Girard SL, Gauthier J, Noreau A, Xiong L, Zhou S, Jouan L, et al 2011. Increased exonic de novo mutation rate in individuals with schizophrenia. *Nat Genet.* 43(9):860-3.
- Haro JM, Novick D, Bertsch J, Karagianis J, Dossenbach M, Jones PB. 2011. Cross-national clinical and functional remission rates: worldwide schizophrenia outpatient health outcomes (W-SOHO) study. *Br J Psychiatry.* 199:194-201.
- Indonesian Psychiatric Quarterly. 2011. *Majalah psikiatri: saatnya membangun psikiatri*



komunitas, tahun XLIV No.1. Jakarta: Yayasan Kesehatan Jiwa Dharmawangsa.

Maramis WF, Maramis AA. 2009. Catatan ilmu kedokteran jiwa, edisi ke-2. Surabaya: Airlangga University Press.

Maslim R. 2004. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia, edisi ke-3. Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI.

Maslim R. 2007. Panduan praktis penggunaan klinis obat psikotropik (psychotropic medication), edisi ke-3. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.

Sadock BJ, Sadock VA. 2007. Kaplan & Sadock's: synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry, 10th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. 2005. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med. 2(5):e141.