



Diagnosis dan Tatalaksana Skizofrenia Hebefrenik Putus Obat dengan Logorrhea

Fetiara Nur'annisa Erfa Eddy, Tendry Septa, Dian Isti Angraini
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skizofrenia adalah gangguan kesehatan mental yang berlangsung selama minimal 6 bulan dan mencakup setidaknya 1 bulan gejala fase aktif. Skizofrenia dapat hadir dengan berbagai gejala yang mendistorsi baik bentuk maupun isi dari pemikiran dan persepsi yang dapat menyebabkan berkembangnya perilaku aneh. Skizofrenia dapat menjadi kronis atau kambuh maupun remisi. Terdapat beberapa tipe dari skizofrenia (paranoid, hebefrenik, katatonik, undifferentiated, dan residual). Ny. M, 38 tahun datang dengan keluhan mengamuk dan merusak barang. Pasien sudah tidak minum obat selama lima hari. Pasien mengamuk, tidak mau makan, tidak bisa tidur dan banyak bicara. Pasien didiagnosis skizofrenia hebefrenik dan diberikan terapi berupa psikoterapi, psikoedukasi, dan psikofarmaka. Setelah diterapi, pasien sudah tidak mengamuk lagi, dapat makan sendiri dan tidur teratur. Pasien masih banyak bicara namun frekuensi dan durasinya lebih singkat.

Kata kunci: hebefrenik, logorrhea, skizofrenia

Diagnosis and Management of Hebephrenic Schizophrenia Withdrawal and Logorrhea

Abstract

Schizophrenia is a mental health disorder that lasts for at least 6 months. It has various symptoms that distort both the thoughts and perception. It affects the development and behaviour. It could be chronic or relapse or remission. There were some type of schizophrenia, such as paranoid, disorganized, catatonic, undifferentiated, and residual. Mrs. M, 38 years-old complaints that she rampaged and destroyed things. She hasn't already consumed the medicine for 5 days. She rampage, did not want to eat, couldn't sleep, and talked too much. She has diagnosed schizophrenia hebephrenic and provided some treatments such as psychotherapy, psychoeducation, and psychopharmaca. After it's done, she didn't rampage anymore, could eat her food and sleep regularly. She stills talking too much but the frequency and duration are shorter than before.

Keywords: hebephrenic, logorrhea, schizophrenia

Korespondensi: Fetiara Nur'annisa Erfa Eddy, S.Ked, alamat Jl. May Jendral Sutoyo bo 39 Gotong Royong–Bandar Lampung, HP 081369339659, email fetiaraannisa@gmail.com

Pendahuluan

World Health Organization (WHO) menyebutkan 7 dari 1000 populasi penduduk dewasa yang sebagian besar berada dalam rentang usia 15 sampai 35 tahun merupakan penderita skizofrenia. Hal ini menunjukkan bahwa 24 juta penduduk dunia adalah penderita skizofrenia. Sedangkan di Indonesia sendiri telah mencapai 2,5 persen dari total penduduk dengan 80 persennya tidak diobati.¹ Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 mencatat, prevalensi gangguan mental berat di Lampung mencapai 0,8 jiwa per 1000 penduduk.²

Skizofrenia adalah gangguan kesehatan mental yang berat dan bertahan lama yang sering didiagnosis pada akhir masa remaja atau dewasa muda. Skizofrenia dapat hadir dengan berbagai gejala yang mendistorsi baik bentuk maupun isi dari pemikiran dan persepsi, yang

dapat menyebabkan berkembangnya perilaku aneh. Skizofrenia dapat menjadi kronis atau kambuh maupun remisi.³

Gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan persepsi dan perilaku yang terdistorsi atau skizofrenia memiliki dua kategori gejala yaitu positif dan negatif. Gejala positif menyebabkan kelebihan fungsi kognitif yang termasuk delusi dan halusinasi. Gejala negatif menekan fungsi normal seperti apatis dan aktivitas sosial yang buruk.³ Skizofrenia adalah gangguan yang berlangsung selama minimal 6 bulan dan mencakup setidaknya 1 bulan gejala fase aktif. Terdapat beberapa tipe dari skizofrenia (paranoid, hebefrenik, katatonik, *undifferentiated*, dan Residual).⁴

Skizofrenia hebefrenik merupakan gangguan kepribadian dengan kemunduran perilaku dan prognosis buruk. Skizofrenia hebefrenik cenderung memiliki onset awal



dibandingkan subtype lain dan cenderung untuk berkembang sangat secara tersembunyi. Delusi dan halusinasi muncul relatif kecil, dan gambaran klinis didominasi oleh perilaku aneh, asosiasi longgar, dan *bizarre*. Keseluruhan perilaku pasien tampak kekanak-kanakan. Tanpa alasan mereka mungkin sibuk sendiri, tanpa tujuan, sering bertingkah konyol dan tertawa dangkal. Di lain waktu mereka menarik diri dan tidak dapat diakses. Beberapa mungkin menampilkan asosiasi longgar menuju inkoherensi.⁵

Diagnosis skizofrenia ditegakkan berdasarkan kriteria dari *International Classification of Disease 10 (ICD-10)*. Pasien juga dapat diklasifikasikan ke dalam jenis skizofrenia berdasarkan gejala yang dominan. Satu episode psikosis tidak cukup untuk mendiagnosis skizofrenia, dan kondisi medis lainnya (misalnya, hipertiroidisme) atau obat-obatan (misalnya, levodopa) harus disingkirkan sebagai penyebab psikosis.³

Kasus

Ny.M, 38 tahun, pendidikan terakhir kelas 2 SMP, agama Islam, suku Lampung, tinggal di Lampung Utara, status belum menikah, tidak bekerja, diantar ke Unit Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Lampung pada tanggal 3 Februari 2017 oleh ayah pasien. Pasien datang ke UGD RSJ Provinsi Lampung diantar oleh ayah pasien karena keluhan mengamuk dan merusak barang, hal inidirasakan sudah 5 hari sejak pasien tidak mau minum obat. Selain itu pasien tidak mau makan dan tidak bisa tidur. Saat ini pasien tidak bisa diajak komunikasi, ia berbicara sendiri dan apabila ditanya pasien akan mengulang perkataan penanya dan membicarakan hal yang tidak dapat dimengerti serta kata-kata yang tidak dimengerti. Pasien juga tidak berhenti berbicara dan bergerak, serta sering tertawa sendiri. Pasien juga sering melepas pakaiannya, berjalan-jalan tanpa menggunakan pakaian atau terkadang menggunakan pakaian namun terbalik.

Menurut keluarga pasien, pasien sudah pernah dirawat sejak usia pasien 20 tahun dengan keluhan yang sama. Pasien juga sudah ± 10 kali keluar masuk RSJ. Menurut keluarga, pasien memang sulit untuk minum obat, akibat hal tersebut, pasien menjadi gelisah lalu mulai mengamuk dan merusak barang. Setiap kali

pasien di rawat di RSJ, penyebabnya adalah pasien tidak minum obat.

Pada status psikiatri diperoleh kesadaran *compos mentis*, sikap tidak kooperatif. Penampilan seorang perempuan tidak sesuai usia, perawakan kurus, perawatan diri kurang baik, berpakaian terbalik, banyak papul, dan luka-luka kecil yang telah mengering pada tubuh dan ekstremitas. Perilaku dan aktivitas psikomotor cenderung gelisah, kontak mata kurang baik, mondar-mandir, tertawa sendiri, dan sering menyeringai. Pembicaraan spontan, mimik wajah normal, artikulasi kurang jelas, volume meningkat, amplitude sesuai, kualitas kurang, kuantitas banyak (logorrhea), mood hipertimia, afek terbatas, *apropriate*. Persepsi sulit dinilai. Arus pikir *flight of idea* dengan isi pikir waham *bizarre*. Pengetahuan dan kecerdasan sulit dinilai. Daya konsentrasi kurang, memori sulit dinilai. Orientasi tempat, waktudan orang, pikiran abstrak dan daya nilai sulit dinilai. Tilikan 1 dan *Reality Testing of Ability (RTA)* terganggu.

Berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan psikiatri, maka padapatient ini dapat ditegakkan diagnose skizofrenia hebefrenik. Kemudian pasien ini ditatalaksana dengan medikamentosa berupa risperidon 2x3mg, triheksiphenidil 2x3mg, depakote 2x250mg dan *chlorpromazine* 1x50 mg. Pasien juga diberikan psikoterapi edukasi dan psikoterapi suportif terhadap pasien dan keluarga, rehabilitasi sesuai bakat dan minat pasien. Setelah diterapi, pasien sudah tidak mengamuk lagi, dapat makan sendiri dan tidur teratur. Pasien masih banyak bicara namun frekuensi dan durasinya lebih singkat.

Pembahasan

Berdasarkan data yang didapat dari anamnesis, pemeriksaan psikiatri dan rekam medik, tidak didapatkan riwayat trauma kepala, kejang ataupun kelainan organik lain pada pasien tersebut. Hal tersebut dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis gangguan mental organik (F.0).⁵ Pasien juga tidak memiliki riwayat menggunakan zat psikoaktif sehingga hal ini dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (F.1).⁶

Berdasarkan anamnesis dengan pasien dan keluarga, pasien banyak bicara (logorrhea)



dan arus pikir *flight of idea* sehingga sulit untuk menentukan gangguan persepsi. Pasien juga memiliki kata-kata yang dibuatnya sendiri (neologisme) serta isi pikir terdapat waham bizare. Hal ini sudah berlangsung kurang lebih selama 18 tahun (sejak usia 20 tahun). Berdasarkan hal tersebut dapat menjadi dasar diagnosis bahwa pasien menderita skizofrenia hebefrenik (F.20.1) sekaligus menyingkirkan diagnosis psikotik akut (F.20).⁶

Untuk mendiagnosis skizofrenia hebefrenik menurut ICD-10 harus memenuhi kriteria dari skizofrenia secara umum yaitu terdapat sedikitnya satu gejala ini yang amat jelas (1) *Thought echo / insertion* atau *withdrawal / broadcasting* (2) *Delusion of control, influence* atau *passivity*, pikiran spesifik, aksi atau sensasi atau *delusional 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) Neologisme dan inkoherensi (3) Perilaku katatonik (4) Gejala negatif. Gejala-gejala khas tersebut telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan.⁶

Selain kriteria diatas, untuk mendiagnosis skizofrenia hebefrenik harus ditemui baik (1) atau (2) yaitu: (1) Pendataran dan kedangkalan afek yang pasti dan berkelanjutan (2) Keganjilan atau ketidaktepatan afek yang pasti dan berkelanjutan. Kemudian diikuti baik (1) atau (2) yaitu: (1) Perilaku yang tanpa tujuan dan terputus-putus (2) Gangguan pikiran yang pasti, bermanifestasi sebagai perkataan yang terputus-putus, bertele-tele atau inkoheren. Selain itu pada skizofrenia hebefrenik, halusinasi atau delusi tidak harus mendominasi gambaran klinis, meskipun terkadang muncul dalam derajat yang ringan.⁶

Logorrhea adalah istilah yang ditandai oleh keinginan konstan untuk berbicara. Aliran bicara sangat meningkat, dan subjek harus mengekspresikan dirinya untuk waktu yang lama. Logorrhea bisa menjadi gejala dari gangguan kejiwaan seperti episode manik maupun skizofrenia.⁷

Terapi utama yang digunakan pada skizofrenia adalah terapi farmakologi. 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.⁴

Pada pasien ini, rencana terapi yang diberikan adalah anti psikosis atipikal golongan *benzixosazole* yaitu risperidon 2x3 mg sebagai dosis terakhir yang paling efektif berdasarkan rekam medik pasien. Risperidon diindikasikan untuk pengobatan skizofrenia, bipolar mania, dan iritabilitas yang berhubungan dengan gangguan autis. Di antara antipsikotik generasi kedua, risperidon sesuai sedikit untuk kriteria atypicality.⁸

Risperidon merupakan antipsikosis golongan II yaitu golongan atipikal. Antipsikosis golongan II merupakan golongan obat yang memiliki efek untuk mengurangi gejala negatif maupun positif. Jika dibandingkan dengan antipsikosis golongan I, risperidon mempunyai efektivitas yang lebih baik dalam mengontrol gejala negatif dan positif.⁴

Sindrom psikosis berkaitan dengan aktivitas neurotransmitter *Dopamine* yang mengikat (hiperreaktivitas system dopaminergik sentral).⁴ Risperidon mempunyai afinitas tinggi terhadap reseptor serotonin (5HT₂) dan aktivitas menengah terhadap reseptor dopamin (D₂), α 1 dan α 2 adrenergik, serta histamin. Risperidon dapat memblokir reseptor pasca sinaptik neuron di otak sehingga dopamin terblokir, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (*Dopamine D2 Receptor Antagonist*).⁸

Risperidon merupakan obat yang efektif baik untuk gejala positif (halusinasi, gangguan proses pikir) maupun gejala negatif (upaya pasien yang menarik diri dari lingkungan). Metabolisme risperidon terletak di hati dan diekskresikan lewat urin. Berdasarkan hal tersebut maka setiap pemberian risperidon perlu diadakan pengawasan terhadap fungsinya. Dosis anjuran risperidon adalah 2-6 mg/hari.⁸

Selain diberikan antipsikosis, pasien ini juga diberikan triheksiphenidil 2x3mg. Triheksiphenidil merupakan obat yang sering digunakan apabila didapatkan sindrom ekstrapiramidal sebagai akibat penggunaan antipsikotik. Obat ini lebih dikenal sebagai antiparkinson. Antipsikotik mengurangi aktivitas dopamin di jalur nigrostriatal (melalui blokade reseptor dopamin), sehingga tanda ekstrapiramidal dan gejalanya mirip penyakit Parkinson's.⁹



Triheksiphenidil bekerja melalui neuron dopaminergik. Mekanismenya mungkin melibatkan peningkatan pelepasan dopamin dari vesikel prasinaptik, penghambatan ambilan kembali dopamin ke dalam terminal saraf prasinaptik atau menimbulkan suatu efek agonis pada reseptor dopamin pascasinaptik. Triheksiphenidil memiliki efek menekan dan menghambat reseptor muskarinik sehingga menghambat sistem saraf parasimpatetik, dan juga memblokir reseptor muskarinik pada sambungan saraf otot sehingga terjadi relaksasi. Pemberian secara oral triheksiphenidil diabsorpsi cukup baik dan tidak terakumulasi di jaringan. Ekskresi terutama bersama urin dalam bentuk metabolitnya.⁹

Pada pasien ini juga diberikan depakote 2x250mg. Depakote merupakan obat anti epilepsi yang dapat digunakan sebagai mood stabilizer dimana pada pasien ini menunjukkan mood yang hipertimia yang ditandai dengan adanya logorrhea. Depakote diberikan secara peroral dengan dosis inisial 750mg perhari dan dosis maksimal 60mg/kgBB/hari. Depakote termasuk obat yang hepatotoksik, sehingga perlu diperiksa fungsi hati sebelum diberikan.¹¹

Obat terakhir yang dikombinasikan adalah *chlorpromazine* 2x50mg. *Chlorpromazine* adalah antipsikotik tipikal atau golongan I. Pada kasus ini *chlorpromazine* digunakan sebagai antipsikotik dan mengambil efek sedatifnya. Pada kasus ini pasien mengalami sulit tidur sehingga dibutuhkan sedatif untuk membantunya beristirahat. Selain itu, *Chlorpromazine* merupakan inhibitor enzim CYP2D6 yang dapat meningkatkan efek dari risperidon.¹²

Terapi nonmedikamentosa juga dibutuhkan selain pemberian terapi medikamentosa yaitu berupa psikoterapi dan psikoedukasi. Terapi tersebut dianjurkan setelah pasien tenang dengan cara pemberian dukungan pada pasien dan keluarga agar mempercepat penyembuhan pasien. Selain itu, diperlukan rehabilitasi yang sesuai dengan psikiatrik serta minat dan bakat penderita sehingga bisa dipilih metode yang sesuai untuk pasien tersebut.⁴

Simpulan

Diagnosis skizofrenia hebefrenik pada kasus ditegakkan berdasarkan anamnesis baik alloanamnesis maupun autoanamnesis dan

pemeriksaan status psikiatri. Untuk mendiagnosis skizofrenia harus ada minimal satu gejala utama atau paling sedikit dua gejala tambahan. Gejala tersebut harus berlangsung minimal satu bulan. Skizofrenia hebefrenik ditegakkan apabila memenuhi syarat sebagai skizofrenia ditambah minimal satu dari gejala hebefrenik. Terapi pada skizofrenia dipilih berdasarkan target gejala dengan tujuan untuk mencegah bahaya pada pasien. Selain itu tujuan terapi juga untuk mengontrol perilaku pasien, dan mengurangi gejala psikotik pada pasien seperti agitasi, agresif, gejala negatif, gejala positif 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. Pada skizofrenia hebefrenik mungkin dibutuhkan terapi kombinasi agar terapi dapat lebih maksimal. Pasien dengan skizofrenia hebefrenik selain membutuhkan terapi farmakologi juga perlu psikoterapi dan psikoedukasi agar pasien mendapat dukungan oleh keluarga serta mengurangi frekuensi gejala psikotiknya.

Daftar Pustaka

1. Fiona K. Pengaruh dukungan sosial terhadap kualitas hidup penderita skizofrenia. *Jurnal Psikologi Kepribadian dan Sosial Universitas Airlangga*. 2013; 2(3):106-13.
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013.
3. Sie M. Schizophrenia clinical features and diagnosis. *Clin Pharm*. 2011; 3(1):41-4.
4. Hendarsyah F. Diagnosis dan tatalaksana skizofrenia paranoid dengan gejala-gejala positif dan negatif. *J Medula Unila*. 2016; 4(3):58-63.
5. DSM-IV-TR. Schizophrenia [internet]. Diakses tanggal 3 Maret 2017. Tersedia dari: https://www.brown.edu/Courses/BI_278/Other/Clerkship/Didactics/Readings/Schizophrenia.pdf.
6. The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1993.



7. Kioskea. Logorrhea; 2014 [diakses tanggal 3 Maret 2017]. Tersedia dari <http://health.ccm.net/faq/526-logorrhea>.
8. Salwan J, Woldu H, Rossen A, Katz CL. Application for Inclusion to the 19th expert committee on the selection and use of essential medicine: risperidone. New York: The Mounth Sinai School of Medicine; 2013.
9. Swayami IG. Aspek biologi triheksiphenidil di bidang psikiatri. *Medicina*. 2014; 45(2):88-92.
10. FDA Approved Labelling. Depakote tablet for oral use. 2011. hlm 1-57.
11. Guzman F. Valproate in psychiatry: Approved indications and off-label uses. Lond on: Psychopharmacology Institute; 2016 [diakses tanggal 3 Maret 2017]. Tersedia dari:<http://psychopharmacologyinstitute.com/mood-stabilizers/valproate-in-psychiatry-approved-indications-and-off-label-uses/>.
12. Setiawati MC, Yasin NM, dan Laskmi S. Evaluation of side effect of risperidon on schizophrenic patient in Amino Gondohutomo hospital Semarang. *Indonesian J. Pharm*. 2010; 21(2):77-8