

# Laporan Kasus Skizofrenia Paranoid

Adhayani Lubis

Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran, Universitas Prima Indonesia, Indonesia

E-mail: adhayaniadhayani@gmail.com

doi: 10.34012

## Abstrak

*Skizofrenia* merupakan sindrom klinis dari berbagai psikopatologi, yang melibatkan kognisi, emosi, persepsi, dan aspek-aspek lain dari perilaku. *Skizofrenia* didefinisikan dan didiagnosis sebagai gangguan psikiatri semata-mata berdasarkan fenomenologi klinisnya. Pada kasus ini laki laki 37 tahun datang dengan keluhan utama mendengarkan bisikan-bisikan yang mengganggu di telinganya dan menyakini keluarganya selalu membicarakan tentang dirinya . Pasien juga curiga dengan orang tua dan saudara kandungnya , mudah marah, sering menyendiri, dan tidak bisa tidur. Pada pasien juga didapatkan halusinasi pendengaran, penglihatan dan waham yang menonjol. Terapi yang diberikan pada pasien berupa risperidone 2 x 1 mg oral / hari , serta edukasi kepada pasien dan keluarga . Keadaan pasien membaik dengan ditunjukkannya sikap kooperatif yang sudah jauh merasakan lebih tenang , serta pasien tidak pernah mencurigai keluarga dan saudara kandungnya lagi. Halusinasi pendengaran yang muncul sudah dapat dikendalikan.

**Kata kunci :** *Skizofrenia, Skizofrenia Paranoid, Risperidone*

## Abstract

*Schizophrenia is a clinical syndrome of various psychopathologies involving cognition, emotion, perception, and other aspects of behavior. Schizophrenia is defined and diagnosed as a psychiatric disorder solely based on its clinical phenomenology. In this case, a 37-year-old man came with the main complaint of hearing disturbing whispers in his ear and believing that his family always talked about him. The patient is also suspicious of his parents and siblings, irritable, often alone, and unable to sleep. The patient also had auditory hallucinations, visions, and prominent delusions. The therapy given to patients was risperidone 2 x 1 mg orally / day and education for patients and their families. The patient's condition improved by showing a cooperative attitude that felt much calmer, and the patient never suspected his family and siblings again. Auditory hallucinations that appear can be controlled.*

**Keywords :** *Schizophrenia, Paranoid Schizophrenia, Risperidone*

## 1. PENDAHULUAN

*Skizofrenia* merupakan sindrom klinis dari berbagai psikopatologi, yang melibatkan kognisi, emosi, persepsi, dan aspek-aspek lain dari perilaku. Gambaran dari manifestasi ini bervariasi diantara pasien dan dari waktu ke waktu penyakit ini selalu berat dan umumnya berlangsung lama. Gangguan ini biasanya dimulai sebelum usia 25 tahun, menetap sepanjang hidup, dan mempengaruhi orang dari semua kelas sosial.<sup>1</sup>

*Skizofrenia* didefinisikan dan didiagnosis sebagai gangguan psikiatri semata-mata berdasarkan fenomenologi klinisnya. Upaya memasukkan penggunaan biomarker untuk membuat diagnosis dan memprediksi respons pengobatan atau perjalanan penyakit belum berhasil sejauh ini. Konsep *skizofrenia* sebagai entitas klinis yang berbeda adalah perkembangan sejarah baru-baru ini. Namun, deskripsi yang kaya tentang gangguan psikotik dapat ditemukan selama berabad-abad sejarah tertulis, dengan dokter Yunani awal mendokumentasikan kasus-kasus yang menyerupai *skizofrenia* dalam bentuknya saat ini. Psikosis muncul hanya sebagai kondisi medis yang layak untuk studi dan perawatan ilmiah selama abad ke-18 di Eropa. Pada saat itu, konsep psikosis termasuk kelompok gangguan besar yang tidak berdiferensiasi seperti gejala psikotik sekunder terhadap kondisi medis seperti paresis umum dan *syphilitic insanity*, serta psikosis primer atau "fungsional" seperti psikosis afektif dan *skizofrenia*. Setidaknya butuh setengah abad lagi untuk klasifikasi gangguan psikotik yang lebih konsisten dan sistematis muncul dan menjadi dasar diagnosis psikiatri modern.<sup>2</sup>

Pengetahuan yang masih sangat sedikit tentang fungsi otak mendasari ketidakmampuan untuk menggambarkan tujuan secara molekuler untuk pengobatan secara pasti atau strategi pencegahan yang masuk akal. Ini merupakan situasi dimana pada saat ketika prinsip ilmu saraf dan penerjemahan

dari metodologi klinis sudah secara jelas mengedepankan pengetahuan dari aspek penyakit tersebut dan yang terbaru adalah pada area kognitif. Tidak ada seorangpun yang tahu secara pasti metode ilmu saraf atau pengetahuan tentang area otak yang pada akhirnya dapat secara pasti menjelaskan tentang patofisiologi dari *skizofrenia*. Bagaimanapun sudah diketahui tentang faktor faktor penyakit yang dapat dijelaskan oleh perumusan secara mekanis.<sup>2</sup> Pada tulisan ini akan dilaporkan kasus *skizofrenia* paranoid pada seorang laki-laki yang berusia 35 tahun, dan dilakukan penegakan diagnosis dengan menggunakan PPDGJ-III.

## 2. TINJAUAN PUSTAKA

*Skizofrenia* adalah suatu sindrom klinis yang bervariasi, tetapi sangat mengganggu, karena *skizofrenia* merupakan suatu proses psikopatologi yang melibatkan kognisi, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku.<sup>1</sup>

Meskipun *skizofrenia* dibahas seolah-olah sebagai penyakit tunggal, *skizofrenia* mungkin terdiri dari sekelompok gangguan dengan etiologi yang heterogen dan hal tersebut mencakup pasien dengan keadaan klinis, respon terhadap pengobatan, dan jalur klinis yang bervariasi.<sup>1</sup> Klinisi harus menyadari bahwa diagnosis *skizofrenia* seluruhnya didasarkan pada sejarah psikiatri dan pemeriksaan status mental. Tidak ada pemeriksaan laboratorium untuk *skizofrenia*.

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) di Indonesia yang dilakukan pada tahun 2018 oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES RI) didapatkan prevalensi *skizofrenia* sebesar 7,0%. Prevalensi *skizofrenia* meningkat dari data pada tahun 2013 sebesar 1,7% per 1000 rumah tangga. Prevalensi tertinggi dijumpai di Provinsi Bali dan D.I.Yogyakarta sebesar 11,0% dan 10,7% per 1000 rumah tangga berdasarkan data RISKESDAS pada tahun 2018.<sup>6</sup>

*Skizofrenia* menurut definisi merupakan suatu gangguan yang harus berlangsung 6 bulan atau lebih. Termasuk minimal 1 bulan mengalami waham, halusinasi, pembicaraan yang kacau, perilaku yang kacau seperti perilaku katatonik, dan simptom negatif, dengan demikian simptom dari *skizofrenia* sering dibagi menjadi menjadi lima bagian: gejala positif, gejala negatif, gejala kognitif, gejala agresif, dan gejala depresi / cemas.<sup>3</sup>

*Skizofrenia* tidak memiliki gejala-gejala patognomonik yang khusus, dalam praktek ada manfaatnya untuk membagi gejala-gejala tersebut kedalam kelompok-kelompok yang penting untuk diagnosis dan yang sering terdapat secara bersama-sama, misalnya:<sup>5</sup>

- a. *Thought echo, thought insertion* atau *withdrawal* dan *thought broadcasting*;
- b. Waham dikendalikan (*delusion of control*), waham dipengaruhi (*delusion of influence*);
- c. Suara halusinasi yang berkomentar secara terus-menerus terhadap perilaku pasien;
- d. Waham-waham menetap jenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali mustahil;
- e. Halusinasi yang menetap dalam setiap modalitas
- f. Arus pikiran yang terputus
- g. Perilaku katatonik
- h. Gejala-gejala "negative" seperti sikap sangat masa bodoh (apatis), pembicaraan yang terhenti, respon emosional yang menumpul atau tidak wajar
- i. Suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku perorangan

*Skizofrenia* paranoid adalah salah satu jenis *skizofrenia* yang memiliki gambaran klinis didominasi oleh waham-waham yang secara relatif stabil, sering kali bersifat paranoid, biasanya disertai dengan halusinasi-halusinasi, terutama halusinasi pendengaran, dan gangguan-gangguan persepsi. Gangguan afektif, dorongan kehendak (*avolition*) dan pembicaraan serta gejala-gejala katatonik tidak menonjol.<sup>5</sup>

Beberapa contoh dari gejala *skizofrenia* paranoid adalah<sup>5</sup>

- a. Waham-waham kejaran, rujukan (*reference*), "*exalted birth*" (merasa dirinya tinggi, istimewa), misi khusus, perubahan tubuh atau kecemburuan.
- b. 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*).
- c. Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh; halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol.

Persyaratan yang normal untuk diagnostik *skizofrenia* ialah harus ada sedikitnya satu gejala tersebut di atas yang amat jelas ( dan biasanya dua gejala atau lebih apabila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) dari gejala yang termasuk salah satu kelompok gejala (a) sampai (d) tersebut di atas, atau paling sedikit dua gejala dari kelompok (e) sampai (h) yang harus selalu ada secara jelas selama kurun waktu satu bulan atau lebih. *Skizofrenia* tidak boleh didiagnosis bila terdapat gejala

gejala depresif atau manik, kecuali bila memang jelas bahwa gejala skizofrenik itu mendahului gangguan afektif tersebut.<sup>4</sup> *Skizofrenia* juga tidak boleh didiagnosis bila terdapat penyakit otak, atau dalam keadaan intoksikasi atau lepas zat (*withdrawal*).<sup>5</sup> Penting untuk menyingkirkan diagnosis epilepsi dan psikosis yang diinduksi oleh obat-obatan dan harus diingat bahwa waham kejaran mungkin hanya mempunyai bobot diagnostik yang tak berarti pada orang-orang yang berasal dari negara atau budaya tertentu.<sup>5</sup>

Perbedaan dalam pengobatan farmakologis tergantung pada fase penyakit pasien. Fase akut ditandai dengan gejala psikotik positif dan agitasi / agresi terkait yang memerlukan perhatian klinis segera. Gejala-gejala ini mungkin merupakan episode psikotik pertama atau yang lebih umum merupakan kekambuhan pada individu yang telah mengalami beberapa episode sebelumnya. Perawatan selama fase ini berfokus pada meringankan gejala psikotik yang paling parah, fase akut biasanya berlangsung dari 4-8 minggu, setelah fase akut pasien umumnya akan memasuki fase stabilisasi di mana gejala akut telah dikontrol, tetapi pasien tetap berisiko untuk kambuh jika pengobatan dihentikan atau jika pasien terpapar stres. Selama fase ini, perawatan berfokus pada konsolidasi keuntungan terapeutik, dengan perawatan yang sama seperti yang digunakan pada fase akut. Fase ini dapat berlangsung selama 6 bulan setelah pemulihan dari gejala akut. Fase ketiga adalah fase stabil atau maintenance ketika penyakit berada dalam tahap remisi relatif atau gejala yang stabil. Tujuan selama fase ini adalah untuk mencegah kekambuhan atau eksaserbasi psikotik dan untuk membantu pasien dalam meningkatkan tingkat fungsi mereka.<sup>4</sup>

Antipsikotik dapat mengurangi simtom psikotik dan mengurangi tingkat kekambuhan. Kira-kira 70% pasien yang diobati dengan antipsikotik mendapatkan remisi. Obat yang digunakan untuk mengobati *skizofrenia* memiliki variasi yang luas dalam farmakologi, tetapi semua obat tersebut mempunyai kapasitas yang sama terhadap reseptor antagonis *post synaptic dopamine* di otak. Antipsikotik dapat dikategorikan menjadi dua grup: antipsikotik konvensional yang disebut juga antipsikotik generasi pertama atau antagonis reseptor dopamin dan obat terbaru, yang disebut juga antipsikotik generasi kedua atau antagonis serotonin dopamin.

Tindakan pengobatan dari obat antipsikotik yang konvensional adalah untuk menghambat D2 reseptor terutama di daerah *mesolimbic dopamine pathway*. Banyak antipsikotik atipikal merupakan antagonis pada reseptor 5HT<sub>2A</sub>. 5HT<sub>2A</sub> antagonis dapat mengakibatkan pelepasan dopamin di beberapa area otak tertentu. Banyak antipsikotik atipikal merupakan antagonis pada reseptor 5HT<sub>2A</sub>. 5HT<sub>2A</sub> antagonis dapat mengakibatkan pelepasan dopamin di beberapa area otak tertentu.

*Positive and Negative Syndromes Scale (PANSS)* dikembangkan pada akhir tahun 1980an yang bertujuan untuk menilai simtom klinis dari *skizofrenia*. PANSS digagas sebagai instrumen operasional yang memperlihatkan gambaran seimbang gejala positif dan negatif, serta suasana hati (*mood*) dan gejala kecemasan. Penilaian dapat diselesaikan dalam waktu 30 hingga 40 menit. Reliabilitasnya baik dan validitasnya sangat baik.

### 3. KASUS

Tn. W, laki-laki, 37 tahun, belum menikah, Islam, suku Jawa, SD, tidak bekerja, alamat Jalan Karang Taruna DSN IV, Kab. Deli Serdang, datang ke Instalasi Rawat Jalan Psikiatri RSUD. ROYAL PRIMA, Medan pada tanggal 24 Agustus 2020, pukul 10.30 WIB. Pasien datang dengan keluhan utama mendengarkan bisikan-bisikan yang mengganggu di telinganya dan menyakini keluarganya selalu membicarakan tentang dirinya.

Allo anamnesis berasal dari A, perempuan, 58 tahun, menikah, Islam, Jawa, pekerjaan IRT, alamat Jalan Karang Taruna DSN IV, Kab. Deli Serdang, hubungan dengan OS adalah ibu O.S. Kesan terhadap keterangan yang diberikan, dapat dipercaya. Dari keterangan allo anamnesis didapatkan bahwa O.S. curiga dengan Orang tua dan saudara kandung O.S., mudah marah, sering menyendiri, dan tidak bisa tidur.

O.S. menunjukkan perilaku yang berbeda dari biasanya sejak 3 bulan ini, sering menyendiri, sering marah tanpa sebab dan berbicara sendiri. Hal ini terjadi sejak O.S. keluar dari Lembaga Pemasyarakatan di Kota Medan terkait kasus penganiayaan. Awalnya kondisi tersebut diperhatikan oleh keluarga tidak terlalu mengganggu sampai 3 bulan terakhir ini. Keluarga juga merasa terganggu dengan kecurigaan O.S. yang tidak jelas kepada anggota keluarga O.S., O.S. merasa bahwa keluarga O.S. memandang rendah dirinya karena bekas narapidana. O.S. dianggap tidak lagi mampu menafkahi dirinya sendiri maupun keluarganya, karena selama ini O.S. yang menjadi satu-satunya tulang punggung dalam keluarganya. Kecurigaan O.S. menimbulkan keyakinan pada diri O.S. bahwa dirinya merupakan orang yang gagal dan patut disalahkan atas segala kesulitan yang terjadi pada dirinya maupun keluarganya. O.S. menyakini dirinya patut disalahkan akan kesulitan yang dihadapi oleh keluarganya, O.S. juga merasa yakin bahwa dirinya selalu bahan pembicaraan oleh anggota keluarganya.

Sejak kejadian diawal tahun 2019 dimana O.S mengalami kebangkrutan dan harus membayar sejumlah hutang membuat O.S terkadang menyendiri dikamar dan kurang berinteraksi dengan keluarga. Bila menghadapi permasalahan yang kecil O.S. terkesan menyikapinya dengan emosi yang berlebihan. O.S. juga pernah terlibat kasus hukum sehingga O.S harus menjalani hukuman di Lembaga Pemasyarakatan. selama 1 tahun. O.S. keluar dari Lembaga Pemasyarakatan pada bulan maret 2020 karena kasus penganiayaan yang dilakukan O.S. kepada salah seorang tetangganya pada pertengahan 2019, hal itu diakui O.S dilakukan untuk melampiaskan kekesalan O.S. karena telah dituduh oleh adik-adik O.S. mengagunkan usaha kepihak bank sehingga usaha tersebut disita. Setelah keluar O.S. mulai menunjukkan perubahan perilaku menyendiri, marah-marah tanpa sebab yang jelas dan penuh curiga.

Sekitar sebulan terakhir ini, O.S. juga mengaku sering mendengar suara bisikan yang mengganggu yang hanya O.S. sendiri yang mendengarnya. Suara bisikan itu hampir muncul setiap hari yang sering di alaminya pada malam hari. Suara bisikan tersebut terdengar jelas ditelinga O.S., yang sering mengatakan bahwa O.S adalah orang yang tak berguna dan tidak layak untuk hidup. Suara bisikan yang terdengar hampir setiap saat itu seperti suara laki-laki dan perempuan, namun yang paling sering muncul adalah suara laki-laki yang berganti-gantian dengan suara perempuan. Akibat seringnya muncul suara bisikan tersebut menyebabkan O.S. tidak dapat tidur dengan baik dimalam hari.

O.S. juga mengaku terkadang melihat ada bayangan yang hanya dapat dilihat oleh O.S. sendiri dimana bayangan tersebut dilihat O.S seperti sosok seorang laki-laki yang tidak dikenal O.S. dan muncul kapan saja. Namun bayangan tersebut tidak pernah berinteraksi secara fisik dengan O.S. hanya sekedar melintas di depan O.S.

Pada pemeriksaan psikiatrik khusus dijumpai gambaran umum, seorang laki-laki, penampilan sesuai umur, kurang rapi, kesan kurang dapat mengurus diri. Perilaku dan aktifitas psikomotor normoaktif. Sikap terhadap pemeriksa tidak kooperatif. Pembicaraan: arus biasa, produktivitas kurang, nada biasa, isi kadang relevan kadang tidak, afek tumpul, mood disforik. Gangguan bentuk pikiran umum : psikosis. Gangguan isi pikiran, waham referensi, waham menyalahkan diri sendiri. Gangguan persepsi, halusinasi pendengaran dan penglihatan. Konsentrasi dan kalkulasi terganggu. Daya ingat segera terganggu. *Judgement* tes terganggu. *Insight* derajat 1, kemampuan mengendalikan *impuls* terganggu. Pada pemeriksaan interna dalam batas normal. Pemeriksaan neurologi dalam batas normal. Hasil darah rutin dalam batas normal .

Diagnosis pasien berupa diagnosis multiaksial yaitu aksis I : *skizofrenia* paranoid , aksis II dan III : tidak ada , aksis IV: Masalah berkaitan ekonomi keluarga , aksis V: 1 tahun terakhir GAF Scale 80 - 71 (gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, dll) , saat pemeriksaan GAF Scale 20 - 11 (bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri) .

Skor Panss dengan total skor : 70 yang terdiri dari skala positif : 34 , skala negatif : 13 , skala psikopatologi umum : 23 . Prognosis pada pasien berupa ragu ragu menuju buruk . Terapi yang diberikan pada pasien berupa risperidone 2 x 1 mg oral / hari , serta edukasi kepada pasien dan keluarga .

#### 4. PEMBAHASAN

Telah dilaporkan suatu kasus *Skizofrenia* paranoid pada laki-laki, 37 tahun, belum menikah, Islam, suku jawa, SD, tidak bekerja.

Pada aksis I didiagnosis dengan *skizofrenia* paranoid karena memenuhi kriteria diagnosis PPDGJ III, yaitu :

- Sesuai dengan butir (c) adanya halusinasi pendengaran
- Sesuai dengan butir (d) adanya waham menetap; O.S merasa yakin dirinya sering menjadi pembicaraan oleh anggota keluarganya dan O.S merasa yakin segala kegagalan yang terjadi pada diri dan keluarganya dikarenakan ulah dirinya.
- Sesuai dengan butir (h) adanya gejala-gejala negatif yang ditandai respon emosional yang tidak wajar, menarik diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial.
- Pada kasus ini butir (c) sangat jelas disertai dengan butir (h) yang jelas dengan kurun waktu 3 bulan, maka pasien ini didiagnosis dengan *skizofrenia*. Termasuk ke dalam jenis paranoid karena pasien ini telah memenuhi kriteria umum *skizofrenia* ditambah dengan halusinasi pendengaran, penglihatan dan waham yang menonjol.

Pada Aksis II, tidak adanya retardasi mental dan gambaran kepribadian OS tidak cukup untuk menunjukkan suatu gangguan keperibadian tertentu. Ciri kepribadian O.S. Tidak ada diagnosis, namun berdasarkan wawancara O.S mempunyai kepekaan berlebihan terhadap kegagalan, kecurigaan dan kecenderungan menyalahartikan tindakan orang lain yang netral sebagai permusuhan

atau penghinaan, kecenderungan merasa penting secara berlebihan yang dinyatakan O.S dalam sikap yang menjadikan O.S tulang punggung keluarga.

Mekanisme pertahanan ego yang digunakan adalah denial (O.S menyangkal dirinya sakit) represi (kegagalan basis pertahan ego), *psychotic projection* (dimana O.S. menyalurkan beberapa konflik emosional akibat stressor dengan mengarahkan kecurigaan pada orang lain, terdapatnya waham referensi), *psychotic distortion* (O.S. membentuk kembali pengalaman yang pernah terjadi diluar dirinya agar O.S. memperoleh sesuatu yang diharapkan sesuai dengan kebutuhannya, yakni adanya waham dan halusinasi).

Pada aksis III ditunda karena belum dilakukan pemeriksaan laboratorium secara lengkap pada O.S. Pada aksis IV stressor psikososial pada OS adalah kegagalan usaha sehingga menimbulkan masalah ekonomi. Pada aksis V saat pemeriksaan *GAF Scale* 20-11 (disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri), O.S. berusaha melukai orang lain, O.S juga menjadi mudah marah dan bertingkah aneh.

Didiagnosis banding dengan Gangguan waham menetap karena dijumpai gejala waham referensi, O.S merasa yakin dirinya sering menjadi pembicaraan oleh anggota keluarganya. Waham menyalahkan diri sendiri, O.S merasa yakin segala kegagalan yang terjadi pada diri dan keluarganya dikarenakan ulah dirinya. Gangguan waham menetap disingkirkan karena gejala *skizofrenia* cukup jelas yaitu penurunan yang progresif dari perilaku dan gejala waham tersebut masih kurang dari 3 bulan dan dijumpai halusinasi.

Prognosis pada O.S. adalah ragu-ragu menuju buruk. Oleh karena O.S., belum menikah, tidak bekerja, dan perilaku menarik diri. Ragu-ragu oleh karena ini merupakan serangan pertama dengan stressor psikososial yang jelas dan memiliki dukungan dari keluarga dekat.

Penatalaksanaan pada O.S. diterapi dengan risperidone karena risperidone merupakan antipsikotik atipikal yang efektif terhadap simptom positif dan negatif. Dosis awal diberikan 2 mg sehari karena sebelumnya tidak pernah mengkonsumsi antipsikotik, dan pemilihan risperidone disebabkan efek samping ekstrapiramidal yang rendah,

Psikoedukasi keluarga diberikan untuk memberi penjelasan mengenai gangguan, dan penatalaksanaan. Dan juga diharapkan keluarga terlibat langsung dalam proses pemberian obat karena O.S. menyangkal dirinya sakit. Sehingga ada kemungkinan O.S. tidak mau memakan obat dan keluarga diberitahukan agar segera ikut serta mendukung proses pengobatan. Diharapkan dengan edukasi kepada keluarga ini, keluarga dapat memahami bagaimana obat bekerja, memahami dampak kepatuhan pada pengobatan terhadap pemulihan dan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan.

Pada follow up minggu pertama yaitu tanggal 31 Agustus 2020, gejala pasien sudah berkurang tetapi masih dijumpai waham, halusinasi pendengaran, dan tidak ada keluhan ekstrapiramidal. Kemudian apabila dilihat dari skor PANSS, sudah terjadi perbaikan sedikit tetapi masih kurang dari 20%, maka dosis risperidone dinaikan menjadi 4 mg sehari dalam dosis terbagi.

Pada follow up minggu kedua yaitu tanggal 07 September 2020 karena, masih dijumpai waham, halusinasi pendengaran tetapi sudah ada pengurangan dalam intens halusinasi pendengaran kemudian apabila dilihat dari skor PANSS skor telah berkurang dari skor awal, tetapi masih kurang dari 50%. Dosis obat dinaikkan menjadi 4 mg per hari.

Pada follow up minggu ketiga yaitu pada tanggal 14 September 2020 pasien menjadi kooperatif sudah jauh merasakan lebih tenang. Pasien tidak pernah mencurigai keluarga dan saudara kandungnya lagi. Halusinasi pendengaran yang muncul sudah dapat dikendalikan. Skor PANSS juga sudah berkurang dari skor awal yang menunjukkan bahwa terapi yang digunakan sudah ada kemajuan, pengurangan skor PANSS diatas 50%. Terapi sebelumnya dilanjutkan.

Edukasi tetap dilakukan kepada keluarga dan terutama O.S. Walaupun kondisi O.S telah membaik, diharapkan dukungan keluarga terutama orangtua dan adik-adiknya dapat membantu pengobatan. Hal ini juga dapat meningkatkan kualitas hidup O.S dan juga keluarga yang mendampingi O.S.

## 5. KESIMPULAN

*Skizofrenia* adalah suatu sindrom klinis yang bervariasi, tetapi sangat mengganggu, karena *skizofrenia* merupakan suatu proses psikopatologi yang melibatkan kognisi, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku. Meskipun *skizofrenia* dibahas seolah-olah sebagai penyakit tunggal, *skizofrenia* mungkin terdiri dari sekelompok gangguan dengan etiologi yang heterogen dan hal tersebut mencakup pasien dengan keadaan klinis, respon terhadap pengobatan, dan jalur klinis yang bervariasi

*Skizofrenia* paranoid adalah salah satu jenis *skizofrenia* yang memiliki gambaran klinis didominasi oleh waham-waham yang secara relatif stabil, sering kali bersifat paranoid, biasanya

disertai dengan halusinasi-halusinasi, terutama halusinasi pendengaran, dan gangguan- gangguan persepsi

Antipsikotik dapat mengurangi simtom psikotik dan mengurangi tingkat kekambuhan. Kira-kira 70% pasien yang diobati dengan antipsikotik mendapatkan remisi. Obat yang digunakan untuk mengobati *skizofrenia* memiliki variasi yang luas dalam farmakologi, tetapi semua obat tersebut mempunyai kapasitas yang sama terhadap reseptor antagonis *post synaptic dopamine* di otak. Terapi farmakologi yang diberikan pada pasien berupa risperidone 2 x 1 mg oral / hari .

## REFERENSI

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. Dalam *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed.; Philadelphia : Wolters Kluer, 2015.P 300-47
2. Carol A.T. Schizophrenia and other psychotic disorder. In : Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editor *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 10th edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins ; 2017. p 3613-3617
3. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology* 4th ed. Available at <http://stahlsonline.ca,bridge.org>. Accessed on October 8th 2016
4. Arlington, VA. American Psychiatric Association; 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM-5); p. 125-160
5. Maslim, R. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta : PT Nuh Jaya; 2013
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hasil Utama RISKESDAS 2018. Jakarta; 2018
7. Lewis SF, Escalona R, Keith S. Schizophrenia and other psychotic disorder. In : Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. editor *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 10th edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2017. P 3618 – 3741
8. Stahls SM. *Prescriber Guide*. Fifth edition. Cambridge University Press; 2014:p593-602
9. Sylvia, D., Elvira, G.H. *Buku Ajar Psikiatri*. Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta; 2017
10. Gaebel, W., & Zielasek, J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(11). 2015; p 661–673