

SEORANG WANITA 67 TAHUN DENGAN SKIZOFRENIA TAK TERINCI

A 67 Years Old Woman with Undifferentiated Schizophrenia

Aviolena Retinovaliani¹, R. Annisa Wildani², Andri Nurdiyana Sari³

^{1,2}Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

³Kejiwaan, RSUD Dr. Harjono S Ponorogo

Korespondensi: Aviolena Retinovaliani. Alamat email: aviolenaretinov@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Skizofrenia adalah suatu sindrom yang ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik pikiran dan persepsi serta oleh afek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tidak terganggu, namun dapat terjadi penurunan kognitif tertentu di kemudian hari. Sekitar 20 juta orang di dunia mengalami skizofrenia. Prevalensi skizofrenia di Indonesia pada tahun 2018 diestimasikan sebesar 1,8 per 1000 penduduk. **Presentasi Kasus:** seorang wanita 67 tahun dengan perawatan diri buruk mengeluh merasa bingung dan sumpek. Jawaban pasien tidak nyambung ketika diajak berbicara (inkoherensi). Pasien mendengar suara-suara yang tidak terlihat sumbernya. Menurut keterangan kerabat dan perangkat desa, pasien sering merusak tanaman warga dan membuat warga sekitar menjadi takut dan resah. Sudah sejak 25 tahun yang lalu sejak suaminya meninggal, pasien menjadi murung, menarik diri dari lingkungan, dan suka mengumpulkan barang-barang bekas. Gejala-gejala tersebut terjadi kambuh-kambuhan hampir setiap bulan. Pasien dirawatinapkan untuk pertama kalinya selama 7 hari di rumah sakit dan mengalami perbaikan dalam berkomunikasi serta perilaku gaduh gelisahny berkurang sehingga kemudian pasien dipulangkan. **Kesimpulan:** Pasien didiagnosis skizofrenia tak terinci. Peran dan dukungan keluarga diperlukan agar pasien mendapatkan pengobatan yang teratur.

Kata Kunci: Skizofrenia, Inkoherensi, Kebingungan, Afek Tumpul

ABSTRACT

Background: Schizophrenia is a syndrome characterized by fundamental and characteristic distortions of thought and perception and by abnormal or blunted affect. Awareness and intellectual abilities are usually normal, but decreased certain cognitive may occur later. About 20 million people in the world have schizophrenia. The prevalence of schizophrenia in Indonesia in 2018 was estimated at 1.8 per 1000 population. **Case Presentation:** A 67-years-old woman with poor self-care complaining of feeling confused and stuffy. Patient talks incoherently. The patient hears voices that the source are not visible. According to relatives and village officials, patients often damage residents' crops and make local residents afraid and restless. It has been 25 years since her husband died, the patient has become moody, withdraws from the environment, and likes to collect trash. These symptoms recur almost every month. The patient was hospitalized for the first time for 7 days in the hospital and experienced improvements in communication and emotionally stable, then she was finally discharged. **Conclusion:** The patient was diagnosed with undifferentiated schizophrenia. Family roles and support are needed, so patient can get regular treatment.

Keywords: Schizophrenia, Incoherence, Confusion, Blunted Affect

PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah suatu deskripsi

sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta

sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik pikiran dan persepsi serta oleh afek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tidak terganggu. Namun dapat terjadi penurunan kognitif tertentu di kemudian hari (Maslim, 2013). Menurut Departemen Kesehatan RI (2015), skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku (Sudarmono, dkk. 2018).

Menurut WHO (2022), prevalensi pasien skizofrenia 24 juta orang atau 1 dari 300 orang di dunia. Sedangkan menurut data Riskesdas (2018), prevalensi skizofrenia/psikosis di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah tangga. Prevalensi tertinggi terdapat di Bali dan DI Yogyakarta dengan masing-masing 11,1 dan 10,4 per 1.000 rumah tangga (Kemenkes, 2018). Jenis skizofrenia yang

memiliki prevalensi terbanyak adalah skizofrenia paranoid (40,8%), diikuti dengan skizofrenia residual (39,4%), skizofrenia hebrefenik (12%), skizofrenia katatonik (3,5%), skizofrenia tak terinci (2,1%), skizofrenia lainnya (1,4%), dan skizofrenia simpleks (0,7%) (Sari, *et. al.*, 2019).

Artikel ini membahas sebuah kasus skizofrenia yang dialami oleh wanita berusia 67 tahun sejak 25 tahun yang lalu dan belum pernah dirawat inapkan di rumah sakit sebelumnya.

PRESENTASI KASUS

Seorang wanita berusia 67 tahun diantar ke rumah sakit oleh kerabat dan perangkat desa karena gaduh gelisah, merusak barang-barang rumah dan tanaman warga sekitar. Pasien sering keluyuran mengganggu tetangga. Membuat warga sekitar takut dan resah. Sebelumnya pasien pernah dibawa ke puskesmas dan diberikan injeksi skizonoat namun tidak mengalami perbaikan. Kaki dan tangan pasien

gemetar dan lemas karena tidak mau makan. Kegiatan sehari-hari pasien mengumpulkan barang bekas.

I. IDENTITAS PASIEN

Nama : Ny. S
Umur : 67 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku : Jawa.
Pendidikan : Tidak tamat SD
Pekerjaan : Tidak bekerja
Alamat : Pagotan, Purworejo
Kec. Geger, Madiun
Status Perkawinan: Menikah
Tanggal MRS : 18 Juni 2022.
Tanggal pemeriksaan: 20 s/d 23 Juni 2022

II. RIWAYAT PSIKIATRI

a) Keluhan Utama

Gaduh gelisah.

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Autoanamnesis

Pada pemeriksaan tanggal 20 Juni 2022, pasien mengatakan dibawa ke rumah sakit karena bingung dan sumpek. Pasien

mendengar adanya suara-suara berisik namun tidak dapat mendeskripsikannya. Menurut pasien, pasien sudah memasuki rumah sakit selama 3 hari. Pasien merasa sedih tanpa sebab yang jelas, meminta pulang terus-menerus, dan merasa sehat. Pasien menyangkal ada seseorang yang jahat kepadanya dan menyebutkan bahwa tidak ada perubahan pada diri dan lingkungannya. Pasien percaya bahwa dia tidak pernah berbuat keributan yang merugikan.

Pada pemeriksaan tanggal 21 Juni 2022, pasien mengatakan bahwa kabarnya baik. Pasien merasa bingung dan terus menerus meminta pulang.

Pada pemeriksaan tanggal 22 Juni 2022, pasien mengatakan lemas, pusing, dan meminta pulang.

Pada pemeriksaan tanggal 23

Juni 2022, keluhan pasien masih sama yaitu meminta pulang, pasien tidak merasa pusing maupun lemas. Pasien merasa sehat.

Alloanamnesis

Menurut keterangan dari kerabat pasien, pasien dibawa ke rumah sakit oleh perangkat desa dan kerabatnya karena pasien suka berkeliling ke rumah warga dan meresahkan warga. Pasien sudah mengalami gejala gangguan jiwa sejak 25 tahun yang lalu setelah suaminya meninggal dunia. Sejak saat itu pasien mengalami depresi berat. Ibu pasien juga menderita gangguan jiwa. Kegiatan sehari-hari pasien apabila sedang tidak kambuh hanya diam di rumah dan kadang-kadang keluar rumah. Namun apabila sedang kambuh, pasien suka mengambil tanaman

seperti padi dan pisang, dan juga barang-barang bekas. Kekambuhan kadang terjadi sekali atau dua kali dalam sebulan. Ketika kambuh sampai tidak mau makan hingga seminggu.

Pasien memiliki dua anak namun jauh semua dan saat ini pasien tinggal sendirian di rumahnya. Keseharian pasien dibantu oleh keluarga yang tinggal di dekat rumahnya.

c) Riwayat Gangguan Sebelumnya

1. Gangguan psikiatri: Pasien baru pertama kali memasuki bangsal jiwa, sebelumnya gaduh gelisah kambuh-kambuhan
2. Gangguan medis: Hipertensi.
3. Riwayat penggunaan alkohol dan zat-zat lain: Disangkal.
4. Riwayat trauma kepala:

Tidak pernah trauma
kepada.

d) Riwayat Keluarga

Ibu mengalami gangguan
kejiwaan.

**III. PEMERIKSAAN STATUS
MENTAL**

a) Gambaran Umum

1. Penampilan: seorang perempuan, tampak sesuai umur, dan perawatan diri buruk.
2. Perilaku dan aktivitas psikomotor: hipoaktif, sering duduk murung dibalik pintu ruang bangsal, agak gemetar.
3. Sikap terhadap pemeriksa : kurang kooperatif.

b) Kesadaran

Compos mentis (E4V5M6).

c) Pembicaraan

Pasien sedikit bicara, bicara lambat, suara kecil, monoton, seperti bergumam, sebagian besar pembicaraan masih bisa dimengerti namun ada sebagian

kecil tidak bisa dimengerti.

d) Mood dan Afek

1. Mood : sedih
2. Afek : tumpul
3. Kesesuaian : tidak sesuai

e) Pikiran

1. Bentuk pikiran: non realistik
2. Isi pikiran : minskin isi pikir
3. Progresi pikiran: inkoheren

f) Persepsi

1. Halusinasi auditori: ada
2. Halusinasi visual: tidak ada
3. Ilusi: tidak ada
4. Depersonalisasi: tidak ada
5. Derealisasi: tidak ada

g) Kesadaran dan Kognisi

1. Orientasi
 - a) Orang : baik
 - b) Tempat : baik
 - c) Waktu : baik
 - d) Situasional: baik
2. Daya ingat
 - a) Jangka panjang : terganggu
 - b) Jangka menengah :

baik

c) Jangka pendek : baik

d) Ingatan segera : baik

3. Konsentrasi dan perhatian:

baik

4. Kemampuan visuospasial:

baik

5. Pikiran abstrak: terganggu

6. Intelegensia dan

kemampuan informasi:

sedikit terganggu

7. Kemampuan menolong

diri sendiri: terganggu

h) Pengendalian Impuls

Pasien banyak terdiam, agak

murung, kurang kooperatif

dengan pemeriksa.

i) Daya Nilai dan Tilikan

1. Daya Nilai Sosial :

terganggu

2. Uji Daya Nilai : buruk

3. Penilaian Realita : terganggu

4. Tilikan diri : Derajat 1

j) Taraf Dapat Dipercaya

Secara keseluruhan informasi

di atas dapat dipercaya.

IV. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

LEBIH LANJUT

a) Status Internus

1. Kesan umum : compos

mentis, gizi baik, konjungtiva

anemis (-), sklera ikterik (-)

2. Tanda vital : TD 140/80

mmHg, HR 85x/menit, suhu

36°C, RR 20 x/menit, SpO₂

99%

3. Jantung/paru : dalam batas

normal.

4. Abdomen : dalam batas

normal.

b) Status Neurologikus

Tidak diperiksa

c) Laboratorium

Tabel 1. Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin	12,4 g/dL	13,2-17,3
Hematokrit	37,3 %	40-52
Leukosit	5,39 x 10 ³ /μL	3,8-10,6
Trombosit	313 x 10 ³ /μL	150.000-440.000
Eritrosit	4,19x10 ⁶ /μL	4,4-5,9
MCV	88,9 fL	80-100
MCH	29,5 pg	26-34
MCHC	33,2 g/dL	32-36
Basofil	0,4%	
Eosinofil	6%	
Neutrofil segmen	49,6%	
Limfosit	36,4	25-40
Monosit	7,6%	2-8

PEMBAHASAN

Diagnosis gangguan jiwa berpedoman pada pedoman diagnostik menggunakan PPDGJ 3 dan menggunakan diagnosis multiaksial untuk mempermudah pemberian terapi pada pasien. Karakteristik diagnosis skizofrenia yaitu harus ada setidaknya satu yang menonjol dari gejala pikiran berulang atau sisipan pikir atau siar pikir, waham, dan halusinasi auditorik. Selain itu dapat juga ditegakkan apabila terdapat paling sedikit dua gejala yang jelas dari halusinasi menetap, arus pikir terputus atau sisipan pikir, perilaku katatonik, atau gejala-gejala negatif. Gejala-gejala tersebut sudah menetap selama paling sedikit satu bulan dan terjadi perubahan konsisten dan bermakna dalam perilaku, kehilangan minat, hidup tak bertujuan, larut dalam diri sendiri, dan penarikan diri dari lingkungan sosial (Maslim, 2013).

Pasien dalam kasus ini mengalami gejala gangguan jiwa sejak 25 tahun yang lalu. Terdapat gejala-gejala

psikotik pada pasien yaitu adanya halusinasi pendengaran dimana pasien mendengar suara namun tidak terdapat sumber suaranya, adanya gangguan afektif yaitu afek yang tumpul dan tidak selaras dengan mood, serta bentuk pikiran non realistis dan miskin isi pikir yang berakibat inkoherensi. Selain itu terdapat gejala negatif seperti sikap yang apatis, sedikit bicara, dan respon emosional yang menumpul. Pasien juga menarik diri dari lingkungan sosial dan kinerja sosialnya mengalami penurunan. Pasien kehilangan minat dan hidup tidak bertujuan yang ditandai dengan menggelandang dan mengumpulkan barang-barang bekas.

Diagnosis aksis I yang dapat ditegakkan berdasarkan uraian di atas yaitu skizofrenia tak terinci karena tidak memenuhi kriteria diagnostik skizofrenia paranoid yaitu tidak terdapat penonjolan gejala halusinasi, waham, maupun gangguan afektif. Selain itu, pasien dalam kasus ini tidak memenuhi kriteria diagnostik skizofrenia hebefrenik karena gejala pertama kali terjadi 25 tahun yang

lalu ketika pasien berusia kurang lebih 42 tahun bukan saat onset muda. Pasien juga tidak memenuhi kriteria diagnostik skizofrenia katatonik karena tidak terdapat dominasi gejala katatonik seperti stupor, fleksibilitas cerea, ataupun *command automatism*. Kriteria diagnostik depresi pasca skizofrenia, skizofrenia residual, dan skizofrenia simpleks juga tidak terpenuhi sehingga pasien pada kasus ini ditegakkan dengan diagnosis skizofrenia tak terinci (F20.3). Pada pasien ini tidak ditemukan adanya riwayat penyalahgunaan zat psikoaktif dan alkohol, sehingga diagnosis Gangguan Mental Terkait Zat (*Substance- Related Disorder*) dapat disingkirkan.

Diagnosis aksis II pada kasus ini tidak dapat diidentifikasi karena kurangnya informasi perkembangan dan pertumbuhan pasien pada masa kanak-kanak. Diagnosis aksis III dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan vital sign, pemeriksaan fisik, maupun pemeriksaan penunjang. Menurut JNC 8

(2014), pasien sudah memasuki hipertensi stage 1 karena pada pemeriksaan didapatkan tekanan darah 140/80 yang merupakan kondisi medik umum pasien.

Diagnosis aksis IV ditentukan dengan melihat dari segi masalah psikososial dan lingkungan pasien. Kehidupan sosial pasien saat ini pasien hanya tinggal seorang diri di rumahnya. Suami pasien sudah meninggal dan anak-anak pasien bertempat tinggal jauh dari rumah pasien. Sehingga dapat dikatakan pada diagnosis aksis IV bahwa pasien tidak mendapatkan dukungan dari keluarganya sendiri.

Diagnosis aksis V ditentukan dengan melakukan penilaian fungsi secara global menggunakan skala GAF (*Global Assessment of Functioning*). Pasien ini dinilai memiliki GAF pada rentang 40-31 karena terdapat disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi.

Tatalaksana yang diberikan pada pasien berupa tatalaksana psikofarmaka dua hari pertama dengan injeksi

Haloperidol 1 ampul per 12 jam, injeksi
Dipenhidramin maleat 1 ampul per 12
jam, Risperidone 2mg 2x1, Hexymer
2mg 2x1, Clozapine 25mg 2x1, dan
Chlorpromazine 100mg 1x1. Kemudian
pada hari selanjutnya pemberian
Chlorpromazine dihentikan karena
pasien tidak beraktivitas dan hanya
tertidur. Selanjutnya pasien mengalami
perbaikan dari hari ke hari hingga
akhirnya dipulangkan pada hari ke 7.

SIMPULAN DAN SARAN

Skizofrenia merupakan gangguan
kejiwaan yang memiliki gejala bervariasi
sesuai dengan penggolongannya.
Diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan
dengan menganalisis gejala yang dialami
pasien menggunakan pedoman diagnosis
PPDGJ III. Pada kasus ini pasien tidak
memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia
paranoid, hebefrenik, katatonik, depresi
pasca skizofrenia, skizofrenia residual,
dan skizofrenia simpleks sehingga
diagnosis skizofrenia tak terinci dapat
ditegakkan.

Skizofrenia dapat mengalami
kekambuhan apabila tidak melakukan
pengobatan yang teratur. Sehingga, peran
dan dukungan keluarga sangat diperlukan
pada penderita skizofrenia.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemkes. 2018. Laporan Nasional
Riskesmas 2018. Jakarta:
Kementerian Kesehatan Republik
Indonesia.
- Maslim, R. 2013. Buku Saku Diagnosis
Gangguan Jiwa, PPDGJ III. Jakarta.
- Sari, D.D., Mayasari, D. and Graharti, R.,
2019. Skizofrenia Paranoid pada
Laki-laki Usia 45 Tahun dengan
Penatalaksanaan Holistik
Kedokteran Keluarga: Laporan
Kasus. *MEDULA,
medicalprofession journal of
lampung university*, 8(2), pp.7-13.
- Sudarmono, S., Afni, N., Andri, M., &
Rafiudin, R. 2018. Faktor Risiko
Kejadian Skizofrenia di Rumah
Sakit Madani Palu. *Jurnal
Kolaboratif Sains*, 1(1).
- WHO. 2022. Schizophrenia. URL:
[https://www.who.int/news-
room/fact-
sheets/detail/schizophrenia](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia). Diakses
03 September 2022