

## Gejala Psikotik pada Pasien dengan Epilepsi Tidak Terkontrol Osy Lu'lu Alfarossi<sup>1</sup>, High Boy Karmulrubog Hutasoit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Lima hingga enam persen pasien epilepsi lama tidak terkontrol memiliki gangguan psikotik dan berisiko 8 kali mengalami skizofrenia, terutama pada epilepsi lobus temporal. Meskipun mekanisme tersebut masih belum jelas namun adanya riwayat keluarga, onset epilepsi dini dan tipe bangkitan merupakan prediktor terjadinya gangguan psikotik pada epilepsi. Pasien laki-laki usia 29 tahun dirawat setelah mengamuk dan merusak rumah tetangga. Pasien memiliki riwayat epilepsi tidak terkontrol selama 10 tahun dan gejala psikosis timbul 1 tahun setelah episode pertama. Pada status psikiatri didapatkan perawatan diri kotor dan tidak rapi, kooperatif, mood dismorfik, afek datar, adanya halusinasi auditorik, visual, dan taktil, waham paranoid, kognitif kurang, dan tilikan derajat 1. Diagnosis multiaksial didapatkan aksis I: gangguan mental lain yang ditetapkan akibat kerusakan difungsi otak dan penyakit fisik, aksis II: belum ada diagnosis, aksis III: epilepsi umum idiopatik dan sindrom epilepsi, aksis IV: masalah ekonomi, keluarga, dan lingkungan sosial, dan aksis V: *general assessment of function* (GAF) 60-51. Pasien diterapi dengan haloperidol oral 2x1,5 mg, triheksifenidil oral 2x2mg, klorpromazin oral 1x50 mg, fenitoin oral 1x100 mg, dan Depakote oral 1x250 mg. Pasien dipulangkan setelah perawatan hari ke-21 tanpa halusinasi auditorik, visual, dan taktil.

**Kata Kunci:** Epilepsi tidak terkontrol, psikiatri, psikosis

## Psychotic Syndrome in Patient with Uncontrolled Epilepsy

### Abstract

Five until six percents patients with chronic uncontrolled epilepsy have shown with psychotic symptoms and increase eightfold risk for schizophrenia, especially temporal lobe epilepsy. Even the mekanisme still unknown, however family history, early onset epilepsy, and seizure type are the predictors of pshychotic in epilepsy. A 29-year-old man hospitalized after raged and destroyed neighbour's house. The patient has history of uncontrolled epilepsy for 10 years and psychotics syndrome 1 year after the first seizure. In the psychiatricus status obtained dirty and untidy appearance, cooperative, dysphoric mood, flat affect, auditory, visual, and tactile hallucinations, paranoid delution, poor cognitive, and insight degree one. The multiaxial diagnosis with axis I: other determined mental disorder caused by brain damage and dysfunction and other illness, axis II: have not diagnose yet, axis III: idiopathic general epilepsy and epileptic syndrome, axis IV: economic, family, and social environment problems, and axis V: GAF 60-51. The patient treated with oral haloperidol 2x1,5 mg, oral tryhexiphenidil 2x2 mg, oral chlorpromazine 1x50 mg, oral phenitoin 1x100 mg, and oral depakote 1x250 mg. The patient got discharged after 21 days care with no auditory, visual, and tactile hallucinations.

**Keywords:** Psychiatry, psychotic, uncontrolled epilepsy

Korespondensi: Osy Lu'lu Alfarossi, alamat Jl. Bumi Manti II Kampus Hijau Residence Bandar Lampung, HP 082123666716, e-mail [osylulu.3596@gmail.com](mailto:osylulu.3596@gmail.com)

### Pendahuluan

Gangguan psikotik pada epilepsi didefinisikan sebagai gangguan neuropsikiatri yang secara klinis mirip dengan skizofrenia pada pasien dengan epilepsi. Ditandai dengan sindrom halusinasi dan waham bersamaan dengan gangguan psikopatologis lainnya dan disfungsi kognitif.<sup>1,2</sup>

Lima hingga enam persen pasien epilepsi tidak terkontrol lama memiliki gangguan psikotik dan berisiko 8 kali mengalami skizofrenia, terutama pada epilepsi fokal di lobus temporal.<sup>3-5</sup> Sedangkan pasien dengan skizofrenia memiliki risiko 2-3 kali lebih besar untuk mengalami epilepsi dengan *incident ratio* 7 per 1.000 orang

pertahun.<sup>3,6</sup> Meskipun mekanisme sebab akibat yang mendasari hubungan tersebut masih belum jelas, adanya riwayat keluarga, onset epilepsi dini dan tipe bangkitan yang dialami merupakan prediktor terjadinya gangguan psikotik pada epilepsi.<sup>1,7</sup>

Penggunaan obat anti-epilepsi terkadang menyebabkan efek samping berupa gejala psikotik seperti etosuksimid, fenitoin, zonisamid, topiramet, dan vigabatrin, namun gejala psikotik dapat bertahan lama setelah pengobatan.<sup>8-10</sup> Sedangkan penggunaan obat antipsikotik (klozapin, olanzapine, dan quetiapine) memiliki efek samping kejang dengan resiko tertinggi pada penggunaan klozapin.<sup>3</sup>

Gejala psikotik pada pasien dengan epilepsi dibagi menjadi tiga, yaitu psikotik peri ictal, para-ictal dan psikotik inter-ictal. Psikotik peri ictal adalah timbulnya gejala psikotik sebelum, saat, atau mengikuti episode epilepsi.<sup>3,4,7</sup> Psikotik para-ictal atau psikotik alternatif adalah gejala yang timbul saat kejang menurun (EEG normal) dengan eksaserbasi gejala psikotik akibat obat anti-epilepsi dan berlangsung minggu hingga bulan.<sup>7,11</sup> Sedangkan psikotik inter-ictal adalah timbulnya gejala psikotik yang terpisah dari episode epilepsi dan timbul beberapa tahun setelah episode epilepsi.<sup>3,4,7</sup>

Psikotik peri ictal dibagi menjadi tiga, yaitu pre-ictal, ictal, dan post-ictal. Psikotik pre-ictal berlangsung jam hingga hari sebelum terjadinya kejang. Gejala ini hilang bersamaan dengan kejang dan tidak terdeteksi adanya perubahan pada elektroensefalogram (EEG).<sup>3</sup> Psikotik ictal biasanya disertai kejang partial kompleks dan berlangsung jam hingga hari. Psikotik ini ditandai dengan penurunan kesadaran.<sup>11,12</sup> Pada psikotik post-ictal gejala timbul setelah 3 hari-1 minggu setelah bangkitan dan sering terjadi (25%). Psikotik ini ditemukan pada pasien dengan onset epilepsi pada usia lanjut (32-35 tahun) dan merupakan komplikasi dari epilepsi kronis.<sup>7</sup> Adanya *interval lucid* selama 1-6 hari dari onset, yakni episode diantara kejang hingga timbulnya gejala psikotik. Gejala psikotik yang timbul berupa abnormalitas mood (manik maupun depresi) dan waham paranoid dengan pasien sadar penuh. Gejala psikotik akan hilang spontan berhari-hari hingga berminggu-minggu.<sup>9,11</sup>

### Kasus

Pasien laki-laki Tn. S usia 29 tahun diantar ke Unit Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Provinsi Lampung oleh kakak dan ibu angkat karena mengamuk dan merusak rumah tetangga sejak 4 hari. Pasien sadar namun tidak tahu alasannya dibawa ke RSJ. Menurut keluarga keluhan tersebut terjadi setelah kejang 2 minggu lalu dan tidak terpenuhi keinginannya. Selain itu pasien merasa sulit tidur, gelisah dan mudah kesal. Menurut keluarga pasien sering berjalan mondar-mandir hingga keluyuran di malam hari tanpa tujuan. Pasien terlihat diam dan hilang minat untuk beraktivitas sehari-hari.

Pasien merasa terganggu oleh orang suruhan istri temannya yang memarahi pasien

saat bekerja dan sholat serta sering menyentuh kedua kaki pasien. Namun sosok tersebut tidak terlihat oleh keluarga. Pasien mengatakan sering mendengar bisikan bahwa ada yang ingin mengambil uangnya.

Selama perawatan di RSJ, pasien terlihat diam, hilang minat untuk beraktivitas, dan sering menunduk. Sebelumnya pasien pernah dirawat di RSJ 5 tahun lalu selama 53 hari dengan keluhan yang sama. Pasien dipulangkan setelah kondisi membaik. Pasien mengatakan bahwa dirinya sering minum obat tapi tidak sakit. Namun keluarga mengatakan bahwa pasien menolak untuk minum obat walaupun rutin kontrol.

Dua minggu lalu pasien mengalami kejang kejang seluruh tubuh, tidak sadar, dan berlangsung kurang lebih 5 menit. Kejang tersebut bukan pertama kali. Kejang pertama pada 10 tahun lalu setelah pasien melayat tetangga. Kejang kejang seluruh tubuh, mata mendelik keatas, dan keluar busa dari mulut, durasi >30 menit, tidak sadar, dan setelah kejang pasien bingung. Pasien sempat dirawat di RSUD Abdul Muluk terkait kejangnya namun tidak pernah kontrol. Kejang sering kambuh setiap bulan dengan frekuensi 1-3 kali dan durasi 5-10 menit. Satu tahun setelah kejang pasien sering bicara sendiri, mudah marah, dan mengganggu orang sekitar. Selain itu pada usia 1 tahun, kepala pasien dipukul oleh nenek dengan gayung atau ember ketika pasien menangis. Pasien merupakan perokok aktif sebanyak setengah bungkus setiap hari atau jika ada yang memberi dan pernah mengonsumsi minuman keras karena ditawarkan oleh tetangga sekitar.

Riwayat prenatal dan perinatal pasien tidak diketahui oleh keluarga angkat. Pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara yang keduanya sudah diadopsi sejak usia pasien 1 tahun. Pasien memiliki cacat fisik dari lahir. Menurut keluarga perkembangan pasien berjalan sesuai umur, cenderung menyendiri, dan tidak bergaul dengan orang-orang sekitar kecuali keluarga. Riwayat masa dewasa pasien sering marah dan mengamuk. Pasien tidak sekolah karena keterbatasan ekonomi dan fisik. Pasien tidak pernah menikah. Pasien beragama Islam dan sholat pada waktu tertentu di Masjid dan kadang harus diperintah. Pasien sehari-hari pergi ke bank untuk menjadi tukang parkir walaupun menurut keluarga pasien hanya duduk diam saat

bekerja. Hubungan sosial pasien dengan anggota keluarga baik. Menurut keluarga perlakuan tetangga sekitar ke pasien baik. Pasien tidak memiliki riwayat ditangkap oleh pihak berwajib. Pasien tinggal serumah dengan kedua orang tua dan 4 saudara angkat. Kakak kandung pasien telah menikah dan pisah rumah. Riwayat kejang dan gangguan jiwa pada keluarga disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi napas 22x/menit, dan suhu 37°C, status generalis didapatkan deformitas pada tangan dan kaki sebelah kanan, status neurologis dalam batas normal.

Status psikiatri didapatkan seorang laki-laki, perawakan sedang dengan penampilan sesuai usia, perawatan diri kurang rapih dan kurang bersih, kulit cokelat, kering, kotor, dan terdapat banyak koreng di kaki, serta kuku-kuku panjang dan kotor. Sikap terhadap pemeriksa kooperatif namun kontak mata tidak ada. Selama wawancara pasien duduk tenang, sedikit tidak nyaman, aktivitas hipoaktif, dan sering menunduk dengan tatapan kosong. Pembicaraan spontan, lancar, artikulasi jelas, intonasi datar, volume kurang, kualitas buruk, dan kuantitas cukup. Mood disforik dengan afek datar dan serasi antara mood dengan afek. Gangguan persepsi yang ditemukan yaitu halusinasi auditorik adanya bisikan seseorang yang ingin mengambil uang pasien, halusinasi visual berupa sosok suruhan istri temannya, dan halusinasi taktil bahwa sosok tersebut menyentuh kedua kaki. Ilusi, derealisasi, dan depersonalisasi tidak ditemukan. Proses pikir didapatkan bentuk pikir non realistik. Arus pikir dengan produktivitas kurang dan koheren. Adanya preokupasi bahwa ada yang mengganggu dan waham kejar. Penilaian kognisi berupa pengetahuan umum buruk, kurang konsentrasi, orientasi tempat buruk, daya ingat jangka panjang dan sedang buruk, serta pikiran abstrak, visuospasial, membaca menulis, intelegensi dan kemampuan informasi, dan kemampuan menolong diri sendiri yang buruk. Selama wawancara pasien dapat mengendalikan impuls dan emosi. Daya nilai dan norma sosial buruk. Tilikan derajat satu dengan taraf dapat dipercaya.

Hasil pemeriksaan laboratorium yaitu hemoglobin 13,3 g/dl; eritrosit 4.540.000

sel/mm<sup>3</sup>; leukosit 10.300 sel/mm<sup>3</sup>; trombosit 248.000 sel/mm<sup>3</sup>; hematokrit 38%; hitung jenis leukosit: basofil 0%, eosinofil 0%, batang 0%, segmen 78%, limfosit 15%, monosit 7%; dan fungsi hati SGOT 40 U/l dan SGPT 21 U/l.

Diagnosis pada pasien ini adalah diagnosis multiaksial dengan aksis I: gangguan mental lain yang di tentukan akibat kerusakan disfungsi otak dan penyakit fisik (F06.8), aksis II: tidak ada diagnosis, aksi III: epilepsi umum idiopatik dan sindrom epileptik (G40.3), aksis IV: masalah berkaitan dengan ekonomi, keluarga dan lingkungan sosial, aksis V: *Global Assessment of Functional (GAF)* 60-51 yaitu disabilitas sedang.

Pasien diterapi dengan psikofarmaka berupa haloperidol oral 2x1,5 mg, triheksipenidil oral 2x2 mg, klorpromazin oral 1x50 mg, fenitoin oral 1x100 mg, dan depakote oral 1x250 mg. Pada hari pertama perawatan pasien mengatakan sudah bisa tidur walaupun masih ada bisikan dan sosok yang mengganggu. Halusinasi auditorik mulai menurun saat perawatan hari ke-5. Pada perawatan hari ke-10 pasien mengatakan sudah tidak mendengar bisikan dan tidak ada sosok yang mengganggu namun orientasi tempat masih buruk. Pasien diperbolehkan pulang setelah perawatan 21 hari dengan kondisi tidak terdapat halusinasi auditorik, visual, dan taktil.

## Pembahasan

Pada pasien didapatkan sindrom atau pola perilaku yang menimbulkan *distress* (penderitaan) dan *disability* (hendaya) dalam pekerjaan dan kehidupan sosial pasien. Berdasarkan Pedoman dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ-III) dapat disimpulkan bahwa pasien mengidap gangguan jiwa.

Pada pasien didapatkan kerusakan dan disfungsi otak berupa epilepsi selama 10 tahun. Setelah 1 tahun dari bangkitan pertama, pasien mengalami gejala psikotik berupa halusinasi auditorik-visual, waham kejar, serta penurunan kognitif. Hal tersebut memenuhi kriteria diagnosis gangguan mental organik (F00-F09).<sup>13</sup>

Terdapat hubungan antara kerusakan dan disfungsi otak (epilepsi) dengan sindrom mental sehingga didiagnosa sebagai gangguan mental lain yang ditentukan akibat kerusakan disfungsi otak dan penyakit fisik (F06.8). Hal ini harus dibedakan dengan halusinasi organik (F06.0) dan

gangguan waham organik (lir-skizofrenia) (F06.2). Berdasarkan PPGJ-III kriteria diagnosis halusinasi organik yaitu:<sup>13</sup>

1. Kriteria umum tersebut diatas (F06);
2. Adanya halusinasi dalam segala bentuk (biasanya visual atau auditorik), yang menetap atau berulang;
3. Kesadaran yang jernih (tidak berkabut);
4. Tidak ada penurunan fungsi intelek yang bermakna;
5. Tidak ada gangguan afektif yang menonjol;
6. Tidak jelas adanya waham (seringkali "insight" utuh).

Sedangkan untuk kriteria diagnosis gangguan waham organik, yaitu:<sup>13</sup>

1. Kriteria umum tersebut diatas (F06);
2. Disertai: waham yang menetap atau berulang (waham kejar, tubuh yang berubah, cemburu, penyakit, atau kematian dirinya atau orang lain);
3. Halusinasi, gangguan proses pikir, atau fenomena katatonik tersendiri, mungkin ada;
4. Kesadaran dan daya ingat tidak terganggu.

Berdasarkan keterangan tersebut bahwa diagnosis halusinasi organik ditetapkan bila sindrom mental yang menonjol berupa halusinasi visual atau auditorik dan tidak ada penurunan kognitif. Sedangkan diagnosis gangguan waham organik ditetapkan bila disertai waham yang menonjol serta tidak ada gangguan kesadaran dan daya ingat. Pada pasien ini didapatkan halusinasi visual dan auditorik, waham kejar yang menetap, dan adanya penurunan kognitif.

Psikotik inter-iktal adalah riwayat epilepsi disertai gejala psikotik pada kesadaran penuh dan gejala psikotik tidak timbul selama atau segera setelah kejang, disebut juga *schizophrenia-like psychosis of epilepsy* (SLPE).<sup>4</sup> Walaupun gejala psikotik yang muncul hampir mirip dengan skizofrenia (halusinasi auditorik, waham paranoid, gejala afektif, atau waham menetap), namun pada SLPE relatif tidak ditemukan gejala negatif, katatonik dan fungsi sosial yang masih baik.<sup>3,4,7,9,12</sup> Menurut Adachi dkk psikotik inter-iktal diklasifikasikan menjadi tiga derajat, yaitu derajat ringan, sedang, dan berat. Derajat ringan bila gejala psikotik tidak mengganggu aktivitas dan fungsi psikososial. Derajat sedang bila gejala psikotik mengganggu aktivitas sehari-hari dan mulai mengganggu fungsi psikososial. Derajat berat bila gejala

psikotik menyebabkan gangguan perilaku dan mengganggu fungsi psikososial secara signifikan.

Pada pasien ini didapatkan inter-iktal psikotik setelah 1 tahun dari bangkitan kejang pertama. Pasien terganggu aktivitas sehari-hari dan fungsi psikososial akibat gejala psikotik sehingga dikategorikan sebagai inter-iktal psikotik derajat sedang.

Pasien ditatalaksana dengan antipsikotik berupa haloperidol oral 2x1,5 mg dan klorpromazin oral 1x50 mg untuk menekan gejala psikotik. Antipsikotik bekerja untuk mengontrol gejala psikotik berupa halusinasi, waham, dan perubahan pola pikir. Penatalaksanaan psikotik pada pasien epilepsi umumnya sama dengan pasien psikotik tanpa epilepsi dengan beberapa catatan. Hal tersebut disesuaikan dengan jenis psikotik yaitu iktal, post-iktal atau inter-iktal. Tatalaksana psikotik inter-iktal dengan obat antipsikotik tipikal maupun atipikal dan dosis disetarakan dengan dosis klorpromazine. Lama penggunaan obat adalah selama 6 bulan setelah mencapai remisi, sedangkan pada episode kronik dan berulang disarankan untuk pengobatan jangka panjang (2-5 tahun) dan seumur hidup jika pasien memiliki riwayat *suicide attempt*, agresif, dan relaps berulang.<sup>3,9</sup> Beberapa studi menyatakan bahwa risperidone memiliki efek samping yang lebih baik bila dibandingkan dengan obat antipsikotik lain.<sup>3,9,14</sup> Namun pemberian haloperidol merupakan *drug of choice* jangka panjang karena hanya menghambat reseptor dopamin dan efek sedasi lebih ringan dibanding klorpromazine.<sup>9</sup>

Pemberian triheksipenidil tablet 2x2 mg untuk mengatasi efek samping ekstrapiramidal akibat penggunaan obat antipsikotik. Antipsikotik golongan pertama memiliki efek samping ekstrapiramidal paling sering dibandingkan antipsikotik generasi kedua. Selain itu obat antiepilepsi yang diberikan adalah fenitoin tablet 1x100 mg dan depakote tablet 1x250 mg. Pemberian antiepilepsi pada pasien psikotik harus diperhatikan interaksi obat dengan obat antipsikotik. Obat antiepilepsi (fenitoin, karbamazepin, barbiturate) mengurangi kadar obat antipsikotik dalam darah.<sup>3,9</sup>

## Simpulan

Kejadian psikotik dapat menjadi pertimbangan pada pasien dengan epilepsi,

terutama epilepsi lama tidak terkontrol dan epilepsi lobus temporal. Pengobatan psikotik pada epilepsi sama dengan gangguan psikotik tanpa epilepsi. Pemilihan terapi bergantung dengan jenis psikotik dan harus memperhatikan interaksi obat antipsikotik dengan antiepilepsi.

#### Daftar Pustaka

1. Mahadewi N, Marita A, Ariani NP. Gangguan mental organik pada epilepsi. *Medicina*. 2018; 49(2):217–21.
2. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
3. Niruj A, Mula M. Treatment of psychoses in patients with epilepsy: an update. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019; 9:1–10.
4. Wang Q, Teng P, Luan G. Schizophrenia-Like Psychosis of Epilepsy: From Clinical Characters to Underlying Mechanisms. *Neuropsychiatry*. 2017; S1:10–5.
5. Hüfner K, Frajo-Apor B, Hofer A. Neurology Issues in Schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep*. 2015; 17(5):31–40.
6. Salpekar JA, Mula M. Common psychiatric comorbidities in epilepsy: How big of a problem is it? *Epilepsy & Behav*. 2018; 98:1–5.
7. Kusumawati S, Zakiyah R. Post ictal psikosis berulang pada penderita epilepsi. *J Islam Med Res*. 2017; 1(1):96–102.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5). 5 ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
9. Adachi N, Kanemoto K, De Toffol B, Akanuma N, Oshima T, Mohan A, et al. Basic treatment principles for psychotic disorders in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 2013; 54(SUPPL. 1):19–33.
10. Foong J. Psychiatric disorders in epilepsy: an update. *Vertex*. 2013;24(110):259–71.
11. Beletsky V, Mirsattari SM. Epilepsy, Mental Health Disorder, or Both? *Epilepsy Res Treat*. 2012; 2012:1–13.
12. Verhoeven WMA, Egger J, Gunning WB, Bevers, de Pont BJHB. Recurrent schizophrenia-like psychosis as first manifestation of epilepsy: a diagnostic challenge in neuropsychiatry. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010; 6:227–31.
13. Maslim R. Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5. Jakarta: PT Nuh Jaya; 2013.
14. Kerr MP, Mensah S, Besag F, De Toffol B, Ettinger A, Kanemoto K, et al. International consensus clinical practice statements for the treatment of neuropsychiatric conditions associated with epilepsy. *Epilepsia*. 2011; 52(11):2133–8.