

Skizofrenia Paranoid pada Laki-laki Usia 31 Tahun: Laporan Kasus

Diva Shaffa Aisyah¹, High Boy Karmulrubog Hutasoit²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kesehatan Jiwa, Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung

Abstrak

Skizofrenia paranoid merupakan subtype skizofrenia berdasarkan PPDGJ-III yang ditandai oleh waham dan/atau halusinasi sebagai gejala yang menonjol dengan gangguan afektif dan katatonik yang relatif tidak nyata. Kondisi ini sering disertai ketidakpatuhan pengobatan akibat rendahnya tilikan pasien, yang berkontribusi terhadap eksaserbasi gejala dan peningkatan risiko perawatan ulang. Dilaporkan kasus seorang laki-laki usia 31 tahun yang datang dengan keluhan gaduh gelisah, merusak barang, dan memukul ibu sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit. Gejala pertama kali muncul lima tahun sebelumnya bertepatan dengan meninggalnya ayah kandung pasien yang diduga berperan sebagai stressor psikososial bermakna. Pemeriksaan status mental menunjukkan waham kejar yang menonjol disertai tilikan derajat 1. Pasien memiliki riwayat ketidakpatuhan minum obat karena merasa tidak sakit dan tidak membutuhkan pengobatan. Diagnosis ditegakkan sebagai skizofrenia paranoid (F20.0) berdasarkan kriteria PPDGJ-III. Tatalaksana berupa risperidone 2x3 mg, triheksifenidil 2x2 mg, dan asam valproat 2x250 mg disertai psikoedukasi kepada pasien dan keluarga. Pasien menunjukkan perbaikan klinis yang bermakna selama perawatan, ditandai dengan resolusi gaduh gelisah, tidak adanya episode kekerasan selama rawat inap, perbaikan pola tidur, serta peningkatan kemampuan interaksi sosial dengan sesama pasien di bangsal. Pasien tidak lagi melaporkan gangguan dari sosok yang dipersepsinya selama di lingkungan rumah. Ketidakpatuhan pengobatan akibat rendahnya tilikan menjadi faktor utama yang memperburuk perjalanan penyakit, sehingga psikoedukasi keluarga dan pengawasan konsumsi obat merupakan komponen penting dalam tatalaksana jangka panjang.

Kata kunci : Antipsikotik, psikoedukasi, skizofrenia paranoid, waham kejar

Paranoid Schizophrenia in A 31 Years Old Male: A Case Report

Abstract

Paranoid schizophrenia is a subtype of schizophrenia based on PPDGJ-III classification, characterized by prominent delusions and/or hallucinations, with relatively unobtrusive affective and catatonic symptoms. This condition is often accompanied by medication non-adherence due to poor insight, which contributes to symptom exacerbation and increased risk of rehospitalization. We report a case of a 31-year-old male who presented with agitation, property destruction, and physical assault toward his mother for two days prior to admission. Symptoms first appeared five years earlier, coinciding with the death of his father, presumed to have acted as a significant psychosocial stressor. Mental status examination revealed prominent persecutory delusions alongside grade 1 insight. The patient had a history of medication refusal due to unawareness of his illness and perceived lack of need for treatment. Diagnosis of paranoid schizophrenia (F20.0) was established based on PPDGJ-III criteria. The patient was treated with risperidone 2x3 mg, trihexyphenidyl 2x2 mg, and valproic acid 2x250 mg, alongside psychoeducation provided to both the patient and family. The patient demonstrated significant clinical improvement during hospitalization, characterized by resolution of psychomotor agitation, absence of violent episodes throughout the inpatient period, improved sleep patterns, and enhanced social interaction with fellow patients on the ward. The patient no longer reported disturbances from the figure he perceived while at home. Medication non-adherence due to poor insight was the primary factor worsening the disease course, highlighting the importance of family psychoeducation and medication supervision in long-term management.

Keywords : Antipsychotic, paranoid schizophrenia, persecutory delusion, psychoeducation

Korespondensi: Diva Shaffa Aisyah, alamat Jl. Sultan Agung No. 38, Kedaton, HP 0895607048000, e-mail: divashaffa@gmail.com

Pendahuluan

Skizofrenia merupakan kondisi psikiatrik kronik yang memberikan beban signifikan terhadap kesehatan global. Berdasarkan data Global Burden of Disease (GBD) 2021, prevalensi skizofrenia secara global mencapai 23,18 juta kasus dengan total *disability-adjusted life years* (DALYs) sebesar 14,82 juta, dan beban penyakit yang terus meningkat dibandingkan dekade sebelumnya¹. Skizofrenia juga berkontribusi pada penurunan harapan

hidup pasien hingga 13–15 tahun dibandingkan populasi umum². Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 mencatat prevalensi rumah tangga yang memiliki anggota dengan gejala gangguan jiwa psikosis/skizofrenia sebesar 4,0 per 1.000 rumah tangga, dan sebesar 3,0 per 1.000 rumah tangga pada yang telah didiagnosis dokter³.

Skizofrenia paranoid (F20.0) merupakan subtype skizofrenia dalam klasifikasi PPDGJ-III

yang ditandai oleh waham yang menonjol, umumnya berupa waham kejar atau kebesaran, dengan gangguan afektif dan katatonik yang relatif tidak nyata⁴. Waham kejar merupakan gejala psikotik yang paling sering dijumpai pada skizofrenia dan berdampak signifikan terhadap perilaku pasien, termasuk risiko kekerasan terhadap orang lain yang dipersepsi sebagai ancaman⁵. Kondisi ini membawa konsekuensi sosial yang berat, baik bagi pasien maupun keluarga yang tinggal bersama.

Penanganan skizofrenia paranoid memerlukan pendekatan yang komprehensif, mencakup tatalaksana farmakologis maupun non-farmakologis. Antipsikotik tetap menjadi landasan utama pengobatan, namun intervensi psikososial berperan penting dalam mencegah relaps dan meningkatkan fungsi pasien secara keseluruhan. Sebuah *network meta-analysis* yang melibatkan 72 studi dengan 10.364 partisipan menemukan bahwa intervensi keluarga, psikoedukasi keluarga, dan psikoedukasi pasien secara signifikan mengurangi risiko relaps dibandingkan tatalaksana biasa dalam periode satu tahun⁶. Di sisi lain, perilaku agresif dan kekerasan pasien terhadap anggota keluarga dilaporkan sebagai salah satu prediktor utama beban pengasuhan yang berat, dan beban tersebut secara signifikan berkaitan dengan kejadian kekerasan dalam hubungan pasien-pengasuh⁷.

Salah satu tantangan utama dalam penanganan skizofrenia paranoid adalah ketidakpatuhan terhadap pengobatan antipsikotik. Tingkat ketidakpatuhan obat pada pasien skizofrenia dilaporkan berkisar antara 56% hingga 60%, dengan angka relaps akibat ketidakpatuhan mencapai 75% hingga 90%⁸. Ketidakpatuhan ini sering kali berkaitan dengan rendahnya tilikan pasien terhadap kondisinya sendiri, yang dalam literatur dikenal sebagai anosognosia. Kondisi ini menjadikan peran keluarga dan sistem dukungan sosial sangat krusial dalam memastikan kepatuhan pengobatan jangka panjang.

Laporan kasus ini menyajikan gambaran klinis, proses diagnostik, dan tatalaksana pada pasien laki-laki usia 31 tahun dengan skizofrenia paranoid disertai waham kejar yang menonjol dan riwayat ketidakpatuhan minum obat antipsikotik. Laporan ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pemahaman klinis mengenai tantangan penanganan

skizofrenia paranoid, khususnya dalam konteks pelayanan psikiatri di Indonesia.

Kasus

Pasien Tn. DAL, laki-laki usia 31 tahun, beragama Islam, suku Jawa, belum menikah, pendidikan terakhir SMK, tidak bekerja, bertempat tinggal di daerah Teluk Betung, Bandar Lampung, datang ke IGD RSJD Provinsi Lampung diantar oleh keluarga pada tanggal 18 Mei 2025 dengan keluhan gaduh gelisah, merusak barang-barang di rumah hingga memukul ibunya sejak 2 hari SMRS.

Sejak 5 tahun yang lalu, setelah ayah kandung pasien meninggal dunia, pasien mulai mengalami perubahan perilaku berupa mudah tersinggung dan marah-marah tanpa sebab yang jelas ke anggota keluarga. Pasien juga mulai berbicara melantur dan tidak nyambung ketika diajak berbicara. Keluarga menganggap pasien menjadi lebih sensitif sehingga pasien hanya lebih dimaklumi dan dimengerti.

Sejak 2 tahun yang lalu, pasien masih sering marah-marah, disertai kekerasan fisik kepada ibu. Pasien memukul kepala dan badan ibu pasien karena pasien merasa tidak suka dinasehati. Menurut keluarga, pasien menjadi lebih sering melakukan kekerasan fisik ke kakak dan adik kandung yang tinggal serumah jika terdapat hal-hal yang tidak pasien sukai. Pasien juga sering berbicara dan tertawa sendiri. Pasien meyakini bahwa terdapat sosok laki-laki tua yang terus menerus mengganggu dan mengikuti pasien serta keluarga pasien di dalam rumah. Pasien mengungkapkan bahwa sosok tersebut bahkan mengikuti pasien ketika pasien bekerja sehingga aktivitas pasien terhambat. Menurut pasien, sosok tersebut berusaha untuk melakukan tindakan tidak senonoh kepada ibu pasien sehingga pasien memukul sosok tersebut, bukan ibu pasien. Pasien merasakan sensasi sentuhan di sekujur tubuh tetapi tidak ada wujudnya. Pasien juga selalu gelisah dan sulit tidur. Pasien cenderung beraktivitas di malam hari dan tidur di pagi hingga siang hari. Sejak saat itu, tetangga dan lingkungan sekitar mulai menghindari interaksi dengan pasien akibat perilaku marah-marah yang tidak terduga dan pembicaraan yang melantur. Inisiatif pasien dalam beraktivitas cenderung berkurang, yang pada akhirnya berujung pada berhentinya pasien bekerja sebagai montir sejak satu bulan sebelum masuk rumah sakit.

Sejak 4 bulan yang lalu, perilaku pasien bertambah parah, pasien sering berkata-kata kasar, berteriak hingga membanting-banting barang di rumah ketika pasien marah. Pasien juga ingin membunuh ibunya dengan membawa gunting untuk menusuk kepala ibu. Pasien kemudian dibawa ke RSJ Provinsi Lampung dan mendapatkan pengobatan rutin. Pasien kontrol ke RSJ setiap sebulan sekali untuk mendapat obat. Menurut keluarga, pasien sulit untuk meminum obat karena pasien merasa tidak sakit dan selalu bilang bahwa pasien sudah sembuh dan tidak perlu minum obat. Adik pasien beberapa kali melihat pasien melepeh dan membuang obat secara diam-diam. Walaupun demikian, pasien tetap dipaksa meminum obat oleh keluarga. Semenjak pengobatan, pasien masih sering marah-marah dan berbicara melantur.

Sejak 2 hari yang lalu, pasien merasa tersinggung dengan ibu pasien tanpa sebab yang jelas lalu pasien marah-marah, membanting barang dan memukul tubuh ibu. Pasien lalu dibawa ke IGD RSJ Provinsi Lampung.

Pasien sudah rutin berobat sejak 4 bulan yang lalu dan pernah dirawat di RSJ. Riwayat adanya bisikan atau bau-bau yang tidak diketahui asalnya disangkal. Aktivitas harian di rumah dilakukan seperti biasa oleh pasien kecuali saat pasien sedang marah.

Riwayat penyakit dahulu tidak ditemukan penyakit medis umum seperti hipertensi, diabetes melitus, asma, maupun penyakit jantung, ginjal, dan paru. Riwayat kejang disangkal. Pasien merupakan perokok aktif dan mengaku pernah mengonsumsi alkohol serta narkoba, dengan penggunaan sabu terakhir sekitar satu tahun yang lalu. Riwayat perawatan psikiatri sebelumnya tercatat empat bulan yang lalu di RSJ Provinsi Lampung dengan keluhan serupa.

Pasien merupakan anak kedua dari empat bersaudara. Riwayat kehamilan dan persalinan tidak ada penyulit. Tumbuh kembang pasien sesuai usia sejak masa bayi hingga remaja. Pasien tidak pernah terlibat kenakalan remaja, tawuran, maupun pelanggaran hukum. Pasien menyelesaikan pendidikan hingga SMK dan bekerja sebagai montir di bengkel keluarga, namun berhenti bekerja sejak satu bulan sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengaku menjalankan shalat

wajib lima waktu. Sebelum gejala muncul, hubungan pasien dengan keluarga dan lingkungan sekitar baik. Tidak terdapat riwayat gangguan jiwa dalam keluarga. Ayah pasien meninggal dunia sejak lima tahun yang lalu. Saat ini pasien tinggal bersama ibu, kakak laki-laki, dan dua adik perempuan. Kondisi ekonomi keluarga cukup untuk memenuhi kebutuhan primer, dengan penghasilan bersumber dari kakak dan adik pasien.

Pada saat wawancara dilakukan di RSJD pada tanggal 5 Juli 2025, pasien menyatakan sudah tidak merasakan gangguan dari sosok yang selama ini mengikutinya, dengan keyakinan bahwa sosok tersebut tidak mengetahui keberadaannya di RSJ. Pasien juga menyangkal adanya bisikan, bau-bauan, maupun sentuhan selama dirawat. Hubungan pasien dengan pasien lain di bangsal baik, dan kondisi pasien secara keseluruhan lebih tenang dibandingkan saat pertama kali masuk.

Pada pemeriksaan status mental, kesadaran pasien compos mentis. Penampilan pasien tampak sesuai usia, berperawakan sedang, warna kulit sawo matang, perawatan diri cukup baik, berpakaian rapi dan bersih. Selama wawancara pasien bersikap kooperatif terhadap pemeriksa, tenang, dengan kontak mata yang baik dan tidak ditemukan gerakan yang mengganggu. Pembicaraan pasien spontan, lancar, artikulasi jelas, volume dan intonasi cukup, dengan kualitas dan kuantitas yang baik. Pasien menjawab sesuai pertanyaan yang diajukan.

Penilaian suasana perasaan menunjukkan mood eutimia, afek luas, dan keserasian serasi. Tidak ditemukan adanya halusinasi, ilusi, derealisasi, maupun depersonalisasi. Pada penilaian pikiran, produktivitas pikir dinilai produktif, bentuk pikir non-realistis, proses pikir koheren, arus pikir sirkumstansial, dan isi pikir menunjukkan adanya waham kejar. Penilaian sensorium dan kognisi menunjukkan orientasi orang, waktu, dan tempat yang baik. Daya ingat segera, jangka pendek, jangka sedang, dan jangka panjang semuanya dalam batas normal. Konsentrasi dan perhatian baik selama wawancara berlangsung. Pasien dapat membaca dan menulis kalimat sederhana dengan baik, kemampuan visuospatial baik, pikiran abstrak baik, serta kemampuan informasi dan intelegensi dalam batas normal.

Pengendalian impuls pasien baik. Pasien tenang, dapat mengendalikan diri, tidak membahayakan diri sendiri maupun orang lain, dan tidak ditemukan gerakan involunter. Daya nilai sosial dan uji daya nilai keduanya baik. Tilikan pasien berada pada derajat 1, di mana pasien tidak menyadari dirinya sakit. Pasien secara keseluruhan memberikan kesan dapat dipercaya. *Reality testing ability* dinilai terganggu akibat adanya gangguan isi pikir berupa waham kejar.

Pada pemeriksaan fisik, status generalisata menunjukkan keadaan umum tampak tidak sakit dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 83 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit, dan suhu 36,5°C. Pemeriksaan status internus meliputi kepala, mata, THT, leher, paru, jantung, dan abdomen semuanya dalam batas normal, dan tidak ditemukan bekas luka pada keempat ekstremitas. Pemeriksaan status neurologis sistem sensorik dan motorik juga dalam batas normal.

Tatalaksana farmakologis yang diberikan pada pasien ini meliputi risperidone 2x3 mg per oral, triheksifenidil 2x2 mg per oral, dan asam valproat 2x250 mg per oral. Tatalaksana non-farmakologis diberikan dalam bentuk konseling dan psikoedukasi. Konseling diberikan kepada pasien dan keluarga untuk meningkatkan pemahaman mengenai perjalanan penyakit dan pentingnya kepatuhan pengobatan. Psikoedukasi mencakup penjelasan mengenai penyakit, faktor risiko, terapi, dan efek samping pengobatan, dengan penekanan bahwa obat yang diberikan tidak menimbulkan ketergantungan dan dosisnya akan disesuaikan secara bertahap berdasarkan evaluasi gejala.

Pasien menjalani rawat inap selama kurang lebih 48 hari di Ruang Kutilang RSJD Provinsi Lampung, terhitung sejak tanggal 18 Mei 2025. Pada saat evaluasi tanggal 5 Juli 2025, kondisi pasien menunjukkan perbaikan bermakna berupa gaduh gelisah telah teratasi, tidak terdapat episode kekerasan selama rawat inap, mood eutimia, afek luas dan serasi, serta kemampuan pengendalian impuls yang membaik. Waham kejar mengalami perbaikan parsial, intensitasnya berkurang meskipun keyakinan terhadap sosok yang dipersepsi belum sepenuhnya hilang. Pasien

direncanakan untuk dipulangkan dengan melanjutkan regimen obat yang sama dan dijadwalkan kontrol rawat jalan rutin setiap bulan.

Pembahasan

Skizofrenia merupakan suatu deskripsi sindrom dengan variasi etiologi dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya⁴. Skizofrenia memengaruhi sekitar 1% populasi global, dan gejalanya umumnya muncul pada akhir masa remaja atau awal dewasa⁹. Berbeda dari DSM-5 yang tidak lagi menggunakan sub tipe, ICD-10 dan PPDGJ-III masih mengklasifikasikan skizofrenia ke dalam sub tipe berdasarkan gambaran klinis yang menonjol.

Menurut PPDGJ-III, diagnosis skizofrenia paranoid (F20.0) ditegakkan apabila pasien memenuhi kriteria umum skizofrenia dengan waham dan/atau halusinasi sebagai gejala yang paling menonjol, sementara gangguan afektif, dorongan kehendak, dan gejala katatonik secara relatif tidak nyata⁴. Pada pasien ini, gejala yang paling menonjol adalah waham kejar yang persisten, pasien meyakini adanya sosok laki-laki tua yang senantiasa mengikutinya dan keluarganya, disertai gaduh gelisah. Selain gejala positif, pasien juga menunjukkan sejumlah gejala negatif, antara lain penarikan diri dari interaksi sosial dengan tetangga dan lingkungan sekitar dan penurunan produktivitas kerja hingga berhenti bekerja. Tidak ditemukan alogia yang bermakna, tetapi pasien menunjukkan gambaran avolisi berupa berkurangnya inisiatif aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, gambaran klinis pasien secara keseluruhan memenuhi kriteria F20.0.

Karakteristik waham kejar pada pasien ini bersifat ego-sintonik, sehingga pasien tidak mencari pertolongan medis secara sukarela, sebuah pola yang konsisten dengan literatur yang menunjukkan bahwa individu dengan waham ego-sintonik cenderung mengeksternalisasi distress psikis kepada orang lain dan baru mendapat pertolongan setelah keluarga menyadari adanya disfungsi sosial dan okupasional yang bermakna⁵.

Berdasarkan anamnesis, perubahan perilaku pertama kali muncul sekitar lima tahun sebelum masuk rumah sakit, bertepatan dengan meninggalnya ayah kandung pasien.

Hal ini sesuai dengan model *stress-diathesis* pada skizofrenia, di mana stressor psikososial yang bermakna dapat memicu munculnya atau memperburuk gejala psikotik. Bukti dari studi kohort prospektif dua tahun pada pasien dengan episode psikosis pertama menunjukkan hubungan kausal antara paparan peristiwa kehidupan yang penuh tekanan dengan peningkatan risiko relaps psikosis¹⁰. Kehilangan figur ayah pada pasien ini tidak hanya berdampak secara emosional, tetapi juga mengubah kondisi sosial dan ekonomi keluarga secara bermakna, yang semakin memperberat beban psikososial pasien.

Kasus ini memiliki sejumlah faktor risiko kekerasan yang teridentifikasi, meliputi waham kejar yang ego-sintonik dengan korban spesifik, riwayat kekerasan fisik berulang termasuk insiden dengan benda tajam, serta riwayat penggunaan zat psikoaktif. Panduan APA merekomendasikan bahwa penilaian risiko perilaku agresif merupakan komponen wajib dalam asesmen psikiatri pasien skizofrenia¹¹. Instrumen terstruktur seperti HCR-20 telah digunakan dalam penelitian klinis untuk menilai risiko agresivitas pada populasi ini dan dapat dipertimbangkan dalam perencanaan keamanan sebelum pemulangan¹².

Aspek yang perlu mendapat perhatian pada kasus ini adalah lamanya durasi psikosis yang tidak tertangani (*duration of untreated psychosis/DUP*), yakni sekitar empat tahun antara munculnya gejala pertama hingga inisiasi pengobatan antipsikotik. Studi pada pasien skizofrenia kronis menunjukkan bahwa DUP yang lebih panjang berkorelasi secara signifikan dengan skor gejala negatif yang lebih tinggi dan penurunan fungsi sosial yang lebih berat¹³. Keterlambatan pada kasus ini mencerminkan pola yang umum di komunitas, di mana perubahan perilaku pasien awalnya dimaklumi oleh keluarga sebagai respons emosional terhadap dukacita, bukan sebagai tanda awal gangguan jiwa. Faktor sosial seperti literasi kesehatan mental, stigma, dan hambatan akses layanan kesehatan merupakan determinan sosial yang secara bermakna berkontribusi terhadap variasi dan perpanjangan DUP di berbagai konteks global¹⁴.

Pada pemeriksaan status mental saat wawancara, ditemukan bentuk pikir non-realistis dengan isi pikir berupa waham kejar yang masih menetap. Waham kejar merupakan

keyakinan ancaman yang tidak akurat, di mana individu mempersepsi orang lain sedang berusaha menyakitinya, dan kondisi ini merupakan salah satu gejala psikotik yang paling sering ditemukan pada skizofrenia⁵. Waham tersebut bersifat menetap dan ego-sintonik, yang tercermin dari tilikan pasien yang berada pada derajat 1. Kondisi ini berkaitan erat dengan *anosognosia*, yaitu ketidaktahuan pasien terhadap kondisi penyakitnya sendiri. Defisit tilikan pada skizofrenia berdampak luas, mencakup kesulitan kepatuhan pengobatan, peningkatan keparahan gejala, disabilitas fungsional yang lebih berat, berkurangnya respons terhadap intervensi rehabilitasi kognitif, serta kebutuhan akan intensitas intervensi yang lebih tinggi untuk mempertahankan fungsi di komunitas¹⁵.

Rendahnya tilikan pasien secara langsung berkontribusi pada ketidakpatuhan minum obat yang menjadi masalah sentral pada kasus ini. Pasien berulang kali menyatakan merasa sudah sembuh dan tidak membutuhkan obat. Ketidakpatuhan terhadap obat antipsikotik merupakan faktor risiko utama terjadinya relaps dan rehospitalisasi, serta berkontribusi pada konsekuensi sosial dan ekonomi yang signifikan¹⁶. Studi yang secara spesifik meneliti hubungan antara tilikan dan kepatuhan menemukan bahwa tilikan yang buruk secara signifikan berkaitan dengan kepatuhan pengobatan yang rendah, sementara faktor prediktif terkuat untuk kepatuhan yang baik adalah adanya tilikan terhadap kebutuhan pengobatan¹⁷.

Tatalaksana farmakologis yang diberikan pada pasien ini adalah risperidone 2x3 mg, triheksifenidil 2x2 mg, dan asam valproat 2x250 mg. Pemilihan risperidone dengan dosis 6 mg/hari pada pasien ini sesuai dengan rekomendasi dosis efektif untuk episode akut skizofrenia, dan respons klinis berupa berkurangnya gaduh gelisah terlihat dalam beberapa hari pertama perawatan. Risperidone merupakan antipsikotik generasi kedua (APG-II) yang disetujui untuk penanganan skizofrenia. Mekanisme kerjanya melibatkan antagonisme terhadap reseptor dopamin D2 dan serotonin 5-HT_{2A}, berbeda dari antipsikotik generasi pertama yang efeknya lebih dominan melalui blokade D₂¹⁸. APG-II dipilih karena kemampuannya mengatasi gejala positif maupun negatif skizofrenia dengan profil efek samping

ekstrapiramidal yang lebih rendah dibandingkan APG-I¹⁹. Triheksifenidil diberikan sebagai antikolinergik profilaksis untuk mencegah munculnya gejala ekstrapiramidal yang tetap dapat terjadi meskipun dengan frekuensi lebih rendah pada penggunaan APG-II. Penambahan asam valproat sebagai adjuvan pada kasus ini secara klinis diindikasikan mengingat dominannya perilaku agresif impulsif, yang merupakan salah satu indikasi utama mood stabilizer pada skizofrenia dengan agresivitas yang tidak terkontrol²⁰. Asam valproat diketahui memiliki efek anti-agresif dan dapat mengurangi perilaku impulsif pada pasien skizofrenia²⁰.

Selama masa perawatan, pemantauan efek samping dilakukan secara berkala. Risperidone sebagai APG-II memiliki risiko efek samping ekstrapiramidal yang lebih rendah dibandingkan APG-I, tetapi tetap dapat terjadi terutama pada fase awal terapi¹⁹. Pemberian triheksifenidil 2x2 mg diberikan secara profilaksis untuk mengantisipasi kemungkinan munculnya tremor, rigiditas, atau akatisia. Selama perawatan, pasien tidak menunjukkan efek samping ekstrapiramidal yang bermakna secara klinis. Pemantauan berat badan dan tekanan darah juga dilakukan mengingat potensi efek metabolik dari APG-II berupa peningkatan berat badan dan sindrom metabolik. Pemberian asam valproat dipantau terkait potensi efek hepatotoksik dan trombositopenia, meskipun pada pasien ini tidak ditemukan keluhan tersebut selama rawat inap.

Selain tatalaksana farmakologis, psikoedukasi kepada pasien dan keluarga merupakan komponen yang tidak kalah penting dalam penanganan jangka panjang. Psikoedukasi diberikan kepada pasien dan keluarga dalam format sesi terstruktur selama masa rawat inap, mencakup penjelasan diagnosis dan perjalanan penyakit, pentingnya kepatuhan pengobatan jangka panjang beserta risiko eksaserbasi akibat penghentian obat, pengenalan tanda-tanda awal kekambuhan, strategi menghadapi perilaku agresif secara aman di rumah, serta larangan memodifikasi dosis tanpa konsultasi dokter. Pendekatan ini selaras dengan rekomendasi berbasis bukti, mengingat psikoedukasi keluarga terbukti secara signifikan mengurangi risiko relaps dibandingkan tatalaksana standar pada pasien skizofrenia⁶. Mengingat ketidakpatuhan

minum obat menjadi faktor utama eksaserbasi gejala pada kasus ini, upaya meningkatkan pemahaman keluarga tentang perjalanan penyakit dan pentingnya pengawasan konsumsi obat perlu diprioritaskan. Ketidakpatuhan pengobatan berkaitan dengan perburukan luaran kesehatan mental dan fungsi jangka panjang, dan memastikan kepatuhan terhadap pengobatan merupakan salah satu tantangan terpenting dalam manajemen pasien skizofrenia¹⁹.

Aspek rehabilitasi psikososial merupakan komponen yang tidak dapat diabaikan dalam tatalaksana jangka panjang skizofrenia paranoid. Intervensi psikososial berbasis bukti termasuk pelatihan keterampilan sosial, remediasi kognitif, dan *supported employment* secara signifikan memperbaiki fungsi sosial, kemandirian, dan luaran vokasional pada pasien skizofrenia²¹. Rencana tindak lanjut setelah pemulangan pada pasien ini meliputi kontrol rawat jalan rutin setiap bulan untuk evaluasi gejala dan penyesuaian dosis, pengawasan konsumsi obat oleh keluarga, serta rujukan ke program rehabilitasi psikososial apabila tersedia di fasilitas layanan setempat. Mengingat pasien sebelumnya bekerja sebagai montir dan memiliki keterampilan vokasional yang teridentifikasi, program *supported employment* atau pendampingan kembali ke dunia kerja dapat menjadi target rehabilitasi yang realistis dan bermakna bagi pasien.

Penilaian prognosis pada pasien ini mempertimbangkan faktor protektif dan faktor risiko secara bersamaan. Faktor yang mendukung prognosis lebih baik meliputi tidak adanya riwayat gangguan jiwa dalam keluarga, identifikasi stressor psikososial yang spesifik sebagai faktor pencetus, respons klinis terhadap farmakoterapi yang terlihat selama rawat inap, tidak adanya komorbiditas medis, serta adanya dukungan keluarga yang aktif dan kooperatif. Sebaliknya, faktor yang berpotensi memperburuk prognosis mencakup rendahnya tilikan (derajat 1) yang menjadi hambatan utama kepatuhan jangka panjang, riwayat penggunaan zat psikoaktif, durasi psikosis yang tidak tertangani selama kurang lebih empat tahun sebelum inisiasi terapi, serta pola kepatuhan yang bergantung pada paksaan eksternal^{15,22}. Mempertimbangkan keseluruhan faktor tersebut, prognosis pasien ini adalah dubia ad bonam untuk fungsi (*quo ad*

functionam) dan quo ad sanationam, dengan catatan bahwa keberhasilan tatalaksana jangka panjang sangat bergantung pada konsistensi pengawasan keluarga dan keberhasilan intervensi psikoedukatif dalam meningkatkan tilikan pasien secara bertahap.

Simpulan

Kasus ini menggambarkan gambaran klinis skizofrenia paranoid dengan waham kejar yang menonjol, yang dilatarbelakangi oleh stressor psikososial bermakna dan diperburuk oleh durasi psikosis yang tidak tertangani selama sekitar empat tahun. Rendahnya tilikan pasien (derajat 1) menjadi faktor sentral yang mempertahankan resistensi terhadap pengobatan dan membatasi efektivitas terapi rawat jalan. Peran keluarga sebagai pengawas eksternal konsumsi obat terbukti krusial dalam mencegah penghentian terapi, namun tidak dapat menggantikan intervensi psikoedukatif terstruktur yang bertujuan meningkatkan tilikan internal pasien secara bertahap. Tatalaksana komprehensif yang mengintegrasikan farmakoterapi antipsikotik, penilaian risiko kekerasan, psikoedukasi keluarga terstruktur, dan perencanaan rehabilitasi psikososial merupakan pendekatan yang esensial untuk memperbaiki luaran jangka panjang pada kasus skizofrenia paranoid dengan profil serupa.

Daftar Pustaka

1. Zhan Z, Wang J, Shen T. Results of the Global Burden of Disease study for schizophrenia: trends from 1990 to 2021 and projections to 2050. *Front Psychiatry*. 2025;16:1629032.
2. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Risetdas 2018 Nasional. Jakarta: Lembaga Penerbit Balitbangkes; 2018.
3. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 Dalam Angka. Jakarta: Kemenkes RI; 2024. hlm. 144.
4. Maslim R. Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa PPDGJ-III. Jakarta: Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya; 2013.
5. Freeman D. Understanding and Treating Persecutory Delusions. *Schizophrenia Bulletin*. 2024;50(2):233–235.
6. Bighelli I, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(11):969–980.
7. Stambouli M, et al. Violence victimization and perpetration within the caregiver-patient relationship in schizophrenia. *PMC*. 2023.
8. Mohammed F, et al. Antipsychotic medication non-adherence and factors associated among patients with schizophrenia in eastern Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2024;24:108.
9. Hany M, Rizvi A. Schizophrenia. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
10. Bhattacharyya S, Schoeler T, Di Forti M, Murray R, Cullen AE, Colizzi M. Stressful life events and relapse of psychosis: analysis of causal association in a 2-year prospective observational cohort of individuals with first-episode psychosis in the UK. *Lancet Psychiatry*. 2023;10(6):414–425.
11. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2021.
12. Mellouli A, Charfi N, Gassara I, et al. Risk assessment of aggressive behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: a cross-sectional study. *Eur Psychiatry*. 2023;66(S1):S1047–S1048.
13. Yu M, Tan Q, Wang Y, Xu Y, Wang T, Liu D, et al. Correlation between duration of untreated psychosis and long-term prognosis in chronic schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2023;14:1112657.
14. Salazar de Pablo G, Aymerich C, Guinart D, et al. What is the duration of untreated psychosis worldwide? A meta-analysis of pooled mean and median time and regional trends and other correlates across 369 studies. *Psychol Med*. 2024;54(4):652–662.
15. Rose B, Harvey PD. Anosognosia in schizophrenia. *CNS Spectrums*. 2025;30(1):e24.
16. Laabidi S, Abidi O, Aissa A, Hosni R, Ouali U, Jomli R. Treatment adherence and insight in schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry*. 2024.
17. Rami A, Sana E, Mejda C, Rahma D. Impact of insight quality on treatment adherence

- in schizophrenia. *European Psychiatry*. 2023.
18. Hany M, Rizvi A. Risperidone. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
 19. Messer T, Bernardo M, Anta L, Martínez-González J. Risperidone ISM: review and update of its usefulness in all phases of schizophrenia. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2024.
 20. Liang S, et al. Effect of CYP2C19 polymorphisms on serum valproic acid level in Chinese Han patients with schizophrenia. *PMC*. 2021.
 21. Barlati S, Nibbio G, Vita A. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *Curr Opin Psychiatry*. 2024;37(3):131–139.
 22. Catalan A, et al. Short vs Long DUP in First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2025;51(5):1206–1230.