

LAPORAN KASUS

URL artikel: <http://jurnal.fk.umi.ac.id/index.php/umimedicaljournal>

GANGGUAN SKIZOAFEKTIF TIPE MANIK

Muhammad Alim Jaya¹

1Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran, Universitas Muslim Indonesia

Email Penulis Korespondensi (✉): alim.jaya@umi.ac.id

ABSTRAK

Melaporkan sebuah kasus Gangguan Skizoafektif Tipe Manik yang memiliki ciri baik skizofrenia dan gangguan afektif (mania) yang sama-sama menonjol diwaktu bersamaan (*simultaneously*). Seorang pasien perempuan 37 tahun dengan keluhan gelisah dialami sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit. Keluhannya sering menyendiri dan senyum serta tertawa sendiri tanpa sebab. Pada pemeriksaan status mental didapatkan penampilan sesuai dengan umurnya perawatan diri kurang. Kesadaran berubah, mood labil, afek *inappropriate*, keserasian tidak serasi, empati tidak dapat dirabarasakan. Pada pasien ditemukan adanya gangguan persepsi berupa halusinasi auditorik. Pada proses berpikir produktivitas cukup banyak, kontinuitas yang irrelevan, *flight of ideas*, dan kadang *blocking*. Terdapat gangguan isi pikir berupa waham kebesaran, waham persekutori, dan ide kebesaran. Pengendalian impuls terganggu, norma sosial terganggu, uji daya nilai cukup, dan penilaian realitas terganggu. **Kesimpulan:** Pada pasien ini didapatkan adanya gangguan pola perilaku, gangguan afek dan arus pikir yang irrelevan dan *flight of ideas*, perjalanan penyakit menunjukkan gejala psikotik yang jelas, dan sudah memenuhi kriteria skizofrenia yakni afek yang *inappropriate* dan arus pikir yang irelevan dan ditemukannya waham terus ditambah dengan gejala afektif yang sama menonjol dan secara bersamaan ada, seperti gejala manik (berbicara terus, *flight of ideas*, afek yang meningkat) sehingga diagnosis diarahkan pada Gangguan skizoafektif tipe manik.

Kata kunci

Gangguan Psikosis; skizofrenia; gangguan mood; skizoafektif tipe manik

PUBLISHED BY :

Fakultas Kedokteran
Universitas Muslim Indonesia

Address :

Jl. Urip Sumoharjo Km. 5 (Kampus II UMI)
Makassar, Sulawesi Selatan.

Email :

medicaljournal@umi.ac.id

Phone :

+628152332466

Article history :

Received 18 April 2019

Received in revised form 17 Mei 2019

Accepted 18 Juni 2019

Available online 26 Juni 2019

licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).



ABSTRACT

Report a case of Manic Type Schizoaffective Disorders that have both schizophrenia and affective disorder (mania) characteristics that are both prominent at the same time (simultaneously). A 37-year-old female patient with anxious complaints experienced since 1 week before hospitalization. His complaints are often solitary and smile and laugh alone without cause. On examination of mental status obtained appearance in accordance with his age self-care is lacking. Awareness changes, mood swings, inappropriate affect, harmony does not match, empathy cannot be felt. In patients, there was a perception disorder in the form of auditory hallucinations. In the process of thinking productivity is quite a lot, continuity is irrelevant, the flight of ideas, and sometimes blocking. There are disturbances in the form of thought in the form of greatness, communism, and greatness. Impulse control is disrupted, social norms are disrupted, sufficient value testing, and reality assessment is disrupted. Conclusion: In this patient, there were behavioral patterns, affective disorders, and irrelevant thought flow and flight of ideas, the course of the disease showed clear psychotic symptoms and had met the criteria of schizophrenia namely inappropriate affect and irrelevant thought flow and the discovery of delusions continued to be added. with the same affective symptoms that stand out and are simultaneously present, such as manic symptoms (talking on, flight of ideas, increased affect) so that the diagnosis is directed at manic-type schizoaffective disorders.

Keywords

Psychosis Disorders; schizophrenia; mood disorders; schizoaffective bead type

LAPORAN KASUS

I. IDENTITAS PASIEN

Nama	: Nn. S
Umur	: 37 tahun
Agama	: Islam
Suku	: Bugis
Status Pernikahan	: Belum Menikah
Pendidikan Terakhir	: SMA
Pekerjaan	: Tidak bekerja

II. RIWAYAT PSIKIATRI

Diperoleh dari catatan medis, autoanamnesis, dan alloanamnesis dari Ibu Kandung.

A. Keluhan Utama

Gelisah

B. Riwayat Gangguan Sekarang

Pasien gelisah dialami sejak 1 minggu sebelum masuk UGD RS Jiwa. Pasien sering mondar-mandir di rumahnya tanpa tujuan yang jelas. Pasien juga selalu mau naik ke atap rumah dan mengatakan ada yang memanggil dirinya. Pasien sering menyendiri dan mengurung diri di kamarnya serta mematikan lampu kamarnya.

Menurut keluarga, pasien biasa mengatakan melihat arwah ayahnya yang telah meninggal kurang lebih 8 tahun lalu. Pasien kadang menangis tanpa sebab dan kadang senyum-senyum sendiri hingga tertawa. Ketika ditanyakan ke pasiennya kenapa sampai dia menangis atau tertawa? Pasiennya tidak menjawabnya. Semenjak pasien menjadi gelisah, pasien tidak pernah lagi mengerjakan pekerjaan rumah dan membantu ibunya berjualan. Pasien juga menjadi malas makan tetapi menjadi rajin mandi.

Pasien mulai sering mengamuk sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien merusak dan menghancurkan pipa-pipa air dirumahnya. Pasien juga merusak barang-barang dirumahnya. Pasien sering berteriak-teriak dan berkata kotor serta memaki keluarga dan tetangganya. Pasien biasa mengancam mau memukul saudara dan ibunya karena merasa keluarganya mau mencelakai dirinya dan tidak suka sama pasien. Pasien menganggap dirinya tidak disukai oleh keluarganya karena keluarganya cemburu kepada pasien yang bersih. Pasien susah tidur dan kadang tidak tidur saat malam hari. Sehingga membuat keluarga jadi tidak ikut tidur juga karena takut pasien melakukan sesuatu hal yang membahayakan. Oleh karena perilaku tersebut sehingga pasien dibawa ke UGD RS Jiwa.

C. Riwayat Gangguan Sebelumnya

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Tidak ditemukan adanya riwayat penyakit dahulu seperti infeksi, trauma kapitis, dan kejang yang mempengaruhi fungsi otak, maupun penyakit sistemik berat lainnya.

2. Riwayat Penggunaan Zat Psikoaktif

Pasien biasa merokok sejak berumur dua puluh tiga tahun saat pasien mulai sakit. Pasien biasa menghabiskan 1 atau 2 batang rokok per hari. Pasien tidak pernah ada riwayat penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan alkohol.

3. Riwayat Gangguan Psikiatrik Sebelumnya

Perubahan perilaku pertama kali tampak pada tahun 2002, saat pasien berusia 22 tahun. Saat itu, pasien sementara kuliah D3 di salah satu kampus swasta Makassar dan sementara menyusun skripsi. Saat itu, pasien terlambat menyelesaikan skripsinya karena seringnya di koreksi oleh pembimbingnya. Pasien merasa telah belajar dengan baik dan

telah menjadi anak baik selama kuliah serta berusaha secara maksimal dalam memperbaiki skripsinya tapi selalu saja ada penolakan. Hal berbeda dialami oleh teman dan sekaligus sahabat pasien ketika kuliah. Temannya tersebut mempunyai gaya hidup yang hura-hura dengan sering pergi diskotik dan biasa merokok serta memakai sabu-sabu tapi skripsinya lancar dan temannya tersebut dapat menyelesaikan kuliahnya tepat waktu. Pasien menjadi putus asa dalam melanjutkan kuliahnya dan meminta berhenti kuliah kepada orang tuanya. Oleh karena ayah pasien merupakan orang yang permisif kepada anaknya, sehingga permintaan pasien untuk berhenti kuliah dikabulkan. Semenjak saat itu perilaku pasien mulai berubah. Pasien menjadi pendiam dan sering merasa sedih serta selalu mengurung diri di kamarnya. Pasien yang dulunya sering bercerita dan bergurau menjadi jarang bicara. Ayah pasien lalu berencana menikahkan pasien dengan kemenakannya yang merupakan sepupu dua kali pasien. Pasien lalu diperkenalkan dengan sepupunya tersebut. Setelah beberapa lama saling menjalin komunikasi, pasien lalu menolak untuk dinikahkan dengan sepupunya tersebut dengan alasan masih berencana melanjutkan sekolahnya. Oleh karena ayah pasien merupakan orang yang permisif dan tidak mau anaknya terbebani, sehingga ayahnya tidak terlalu memusingkan keputusan pasien tersebut. Sejak saat itu, pasien sering tertawa sendiri seperti orang yang sangat gembira. Tapi, kadang pasien menangis seperti sangat sedih dan mengurung dirinya di kamar.

Awalnya pasien dikira kena ilmu *guna-guna* sehingga pasien dibawa berobat ke dukun dan ustadz. Pasien beberapa kali berobat ke kampung tapi tidak menghasilkan kemajuan yang berarti. Pasien hanya membaik beberapa saat sampai beberapa hari, setelah itu pasien kembali gelisah dengan tertawa dan menangis tanpa sebab. Pasien lalu dibawa berobat ke psikiater dan berobat teratur serta kontrol rutin. Pasien selama berobat ke psikiater, pasien mendapatkan obat Carbamazepine dan Haloperidol serta Triheksifenidil. Kadang pasien juga diberikan Depakote dan Clorpromazine. Pasien lalu membaik dan bisa mengerjakan pekerjaan sehari-hari serta dapat membantu ibunya berjualan sembako di pasar.

Sekitar tahun 2009, ayah pasien meninggal dunia karena sakit jantung. Setelah ayah pasien meninggal dunia, pasien menjadi sering mengamuk dan kadang mau memukul orang lain. Pasien lalu dibawa berobat ke psikiater praktek dan membaik. Pada Juli 2016, pasien pertama kali diantar oleh keluarga ke RS Jiwa karena pasien mengamuk dan mengatakan sering melihat arwah ayahnya. Pasien dirawat kurang lebih selama 1 bulan. Pasien didiagnosa gangguan psikotik non organik ytt dan mendapatkan obat Haloperidol, Chlorpromazine dan Triheksifenidil. Pasien lalu membaik dan bisa mengerjakan pekerjaan sehari-hari dengan baik.

IV. PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

A. Deskripsi Umum

1. Penampilan
Seorang perempuan, kesan wajah tampak sesuai dengan umurnya, perawatan tubuh sedang, kulit sawo matang, berambut panjang sebahu, memakai pakaian piyama, perawatan diri kurang.
2. Kesadaran
Berubah
3. Perilaku dan Aktivitas Psikomotor
Cukup tenang
4. Pembicaraan
Pasien menjawab pertanyaan dengan spontan, lancar, kesan membanjir, intonasi biasa, kadang tiba-tiba mata berkaca-kaca.
5. Sikap terhadap pemeriksa
Kooperatif

B. Keadaan Afektif

1. Mood : Labil
2. Afek : *Inappropriate*
3. Keserasian : Tidak serasi
4. Empati : Tidak dapat dirabarasakan

C. Fungsi Intelektual (Kognitif)

1. Taraf Pendidikan
Pengetahuan umum dan kecerdasan pasien sesuai dengan tingkat pendidikannya.
2. Orientasi
 - a. Waktu : baik
 - b. Tempat : baik
 - c. Orang : baik
3. Daya Ingat
 - a. Jangka Panjang : baik
 - b. Jangka Sedang : baik
 - c. Jangka Pendek : baik
 - d. Jangka Segera : baik
4. Konsentrasi dan Perhatian
Agak terganggu
5. Pikiran Abstrak
Cukup baik

6. Bakat Kreatif
Tidak ada
7. Kemampuan Menolong diri sendiri
Cukup

D. Gangguan Persepsi dan Pengalaman Diri

1. Halusinasi

- Pasien mendengar suara beberapa orang yang memanggilnya dan menyuruhnya untuk keluar rumah.
- Pasien mendengar suara anak kecil yang memanggil-manggil namanya.

2. Ilusi

Tidak ada

3. Depersonalisasi

Tidak ada

4. Derealisasi

Tidak ada

E. Proses Berpikir

1. Produktivitas : cukup banyak
2. Kontinuitas : kadang irrelevant, *flight of ideas*, dan kadang *blocking*
3. Hendaya berbahasa : tidak ada
4. Isi Pikiran :
 - Waham persekutori
Pasien meyakini bahwa keluarganya ingin mencelakai dirinya karena cemburu dirinya pintar dan bersih.
 - Waham kebesaran
Pasien meyakini bahwa dirinya mendapatkan anugerah dari Tuhan yang membuat dirinya tiba-tiba menjadi pintar dalam banyak hal.
 - Ide kebesaran
Pasien merasa banyak orang yang menyukainya.

F. Pengendalian Impuls

Terganggu

G. Daya Nilai dan Tilikan

1. Norma Sosial : Terganggu
2. Uji daya nilai : Cukup
3. Penilaian Realitas : Terganggu
4. Tilikan : Pasien sedikit menyadari bahwa dirinya sakit dan butuh

bantuan namun dalam waktu yang bersamaan juga menyangkal bahwa dia sakit
(tilikan 2)

H. Taraf Dapat Dipercaya

Dapat dipercaya

V. IKHTISAR PENEMUAN BERMAKNA

Pasien gelisah dialami sejak 1 minggu sebelum masuk UGD RS Jiwa. Pasien sering mondar-mandir di rumahnya tanpa tujuan yang jelas. Pasien juga selalu mau naik ke atap rumah dan mengatakan ada yang memanggil dirinya. Pasien sering menyendiri dan mengurung diri di kamarnya.

Pada pemeriksaan status mental didapatkan penampilan sesuai dengan umurnya perawatan diri kurang. Kesadaran berubah, psikomotor cukup tenang, Mood labil, afek *inappropriate*, keserasian tidak serasi, empati tidak dapat dirabaraskan.

Pada pasien ditemukan adanya gangguan persepsi berupa halusinasi auditorik. Pada proses berpikir produktivitas cukup banyak, kontinuitas kadang irrelevant, *flight of ideas*, dan kadang *blocking*. Terdapat gangguan isi pikir berupa waham kebesaran, waham persekutori, dan ide kebesaran. Pengendalian impuls terganggu, norma sosial terganggu, dan penilaian realitas terganggu. Pasien sedikit menyadari bahwa dirinya sakit dan butuh bantuan namun dalam waktu yang bersamaan juga menyangkal bahwa dia sakit, dan secara umum yang diutarakan oleh pasien dapat dipercaya.

VI. FORMULASI DIAGNOSTIK

Aksis I

Berdasarkan alloanamnesis, autoanamnesis, dan pemeriksaan status mental didapatkan gejala klinis yang bermakna yaitu perilaku gelisah dan mengamuk yang menimbulkan penderitaan (*distress*) pada pasien, keluarga, dan masyarakat sekitar serta terdapat hendaya (*dissability*) pada fungsi psikososial, pekerjaan, dan penggunaan waktu senggang sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien menderita **Gangguan Jiwa**.

Pada pemeriksaan status mental ditemukan hendaya berat dalam menilai realita dimana pasien merasa sedikit sakit tapi kadang menyangkal bahwa dirinya sakit disaat yang bersamaan, adanya hendaya berat dalam fungsi mental berupa halusinasi auditorik, waham persekutori dan waham kebesaran serta ide kebesaran serta adanya hendaya berat dalam fungsi sosial berupa ketidakmampuan membina relasi dengan orang lain yang menyebabkan pasien tidak mampu lagi bekerja, sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien menderita **Gangguan Jiwa Psikotik**.

Pada pemeriksaan status internus dan neurologis tidak ditemukan adanya kelainan. Tidak terdapat riwayat penyalahgunaan narkotika dan psiktropika sebelumnya, ada riwayat penggunaan zat adiktif namun tidak begitu kuat untuk mendasari timbulnya gangguan ini, sehingga kemungkinan gangguan ini disebabkan oleh suatu **Kondisi Medis Umum atau Induksi Zat dapat disingkirkan.**

Dari alloanamnesis, autoanamnesis, dan pemeriksaan status mental didapatkan adanya halusinasi auditorik, waham persekutori, dan arus pikiran yang terganggu seperti kadang irrelevan dan *blocking* dengan perlangsungan gejala lebih dari 1 bulan, sehingga memenuhi diagnosis **Skizofrenia (F20)** dan menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Five Edition (DSM V)* diagnosis diarahkan pada **Schizophrenia (295.90)**. Pada pasien ini juga ditemukan adanya suatu keadaan mania dengan mood yang labil dan peningkatan afek yang cukup, psikomotor yang kesan meningkat, produktivitas bicara cukup banyak, arus pikir menunjukkan *flight of ideas*, kebutuhan tidur yang berkurang, dan waham kebesaran. Adanya gejala-gejala skizofrenia dan afektif (mania) pada saat bersamaan di episode sekarang, maka diagnosis diarahkan pada **Gangguan Skizoafektif Tipe Manik (F25.0)**.

Pasien didiagnosis banding dengan:

- **Gangguan Skizoafektif Tipe Campuran (F25.2)**, karena secara subjektif terkadang pasien mengatakan merasa sedih karena masalahnya sehingga menangis dengan afek depresif, tetapi perlu diobservasi lebih lanjut untuk dapat menegakkan diagnosis ini.
- **Gangguan Afektif Bipolar Episode Kini Manik dengan Gejala Psikotik (F31.2)**, karena dengan melihat perjalanan riwayat gangguan psikiatri pasien sebelumnya, dan mungkin saja gejala skizofrenia yang ada saat ini muncul karena status keadaan pasien yang akut sehingga membutuhkan suatu observasi lebih lanjut.
- **Skizofrenia Paranoid (F20.0)**, karena pasien memiliki halusinasi auditorik dan waham persekutori serta kebesaran yang menonjol serta afek yang kadang restriktif, dan gangguan afektif yang belum begitu jelas menonjol, sehingga kemungkinan diagnosis ini masih dapat diobservasi.

Aksis II

Dari informasi yang didapatkan, sebelum sakit pasien dikenal cukup sabar, pemalu, terbuka pada orang yang sudah akrab dengannya, mudah bergaul dan memiliki beberapa orang teman dan aktif bersosialisasi dengan menjadi anggota majelis taklim ibunya, patuh terhadap aturan dan norma sosial. Pasien juga dikenal sebagai pribadi yang perhatian terhadap penampilan dan sangat suka membersihkan rumah serta keteraturan dengan selalu mengembalikan barang pada tempatnya. Pasien juga selalu melakukan sesuatu dengan hasil yang terbaik, pasien akan marah dan jengkel pada dirinya jika tidak mendapatkan hasil yang terbaik sehingga ciri kepribadian pasien sebelum sakit kesannya mengarah pada ciri kepribadian **anankastik**. Mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan oleh pasien sebelum sakit adalah **represi**.

Aksis III

Pasien belum pernah menderita penyakit medis umum yang spesifik dan berpengaruh terhadap fungsi otak sehingga saat ini diagnosis aksis III tidak ada.

Aksis IV

Terdapat berbagai masalah dan stresor psikososial pada pasien berupa pikiran terhadap kendala pasien tidak menyelesaikan sekolahnya sehingga tidak dapat memenuhi harapan dan keinginan orangtuanya. Pasien juga merasa terbebani dengan penyakitnya. Dari berbagai masalah dan stresor psikososial tersebut, saat ini yang menjadi pokok perhatian utama pasien adalah masalah pendidikan yang tidak terselesaikan.

Aksis V

GAF Scale saat ini : 50-41 (gejala berat, disabilitas berat).

VII. DIAGNOSIS MULTIAKSIAL

- **Aksis I** : Skizoafektif Tipe Manik (F25.0)
- **Aksis II** : Ciri kepribadian pasien sebelum sakit kesannya mengarah pada ciri kepribadian **anankastik**. Mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan oleh pasien sebelum sakit adalah **represi**.
- **Aksis III** : Tidak ada diagnosis
- **Aksis IV** : Masalah pendidikan
- **Aksis V** : GAF Scale saat ini : 50-41 (gejala berat, disabilitas berat).

VIII. DAFTAR MASALAH

1. Organobiologik

Tidak ditemukan penyakit otak dan penyakit medis umum lainnya yang mendasari timbulnya gangguan psikiatri pada pasien, tetapi terdapat ketidakseimbangan neurotransmitter sehingga pasien memerlukan psikofarmakoterapi.

2. Psikologik

Ditemukan adanya hendaya berat dalam menilai realita berupa adanya halusinasi auditorik, *delusion of influence*, waham bizzare, waham kejaran, dan fantasi yang menimbulkan gejala psikis sehingga pasien memerlukan psikoterapi.

3. Sosiologik

Ditemukan adanya hendaya dalam bidang sosial, pekerjaan, dan penggunaan waktu senggang sehingga perlu dilakukan sosioterapi.

VIII. PROGNOSIS

Dubia ad malam

IX. TERAPI

A. Psikofarmakoterapi

- Haloperidol 5 mg / 8 jam / oral
- Chlorpromazine 100 mg / 24 jam / oral (malam)
- Depakote 250 mg / 12 jam / oral

B. Psikoterapi

- Suportif

Memberikan dukungan kepada pasien untuk dapat membantu pasien dalam memahami dan menghadapi penyakitnya. Memberi penjelasan dan pengertian mengenai penyakitnya, manfaat pengobatan, cara pengobatan, efek samping yang mungkin timbul selama pengobatan, serta memotivasi pasien supaya mau minum obat secara teratur.

- Sosioterapi

Memberikan penjelasan kepada orang-orang terdekat pasien sehingga bisa menerima keadaan pasien dan memberikan dukungan moral serta menciptakan lingkungan yang kondusif untuk membantu proses penyembuhan dan keteraturan pengobatan.

X. FOLLOW UP

Memantau keadaan umum pasien dan perkembangan penyakitnya serta menilai efektivitas terapi dan kemungkinan efek samping yang terjadi.

PEMBAHASAN

Seperti yang diartikan oleh istilahnya, gangguan skizoafektif memiliki ciri baik skizofrenia dan gangguan afektif (sekarang disebut gangguan mood). Kriteria diagnostik untuk gangguan skizoafektif telah berubah dengan berjalannya waktu, sebagian besar karena perubahan dalam kriteria diagnostik untuk skizofrenia dan gangguan mood. Terlepas dari sifat diagnosis yang dapat berubah, diagnosis ini tetap merupakan diagnosis yang terbaik bagi pasien yang sindrom klinisnya akan terdistorsi jika hanya dianggap skizofrenia atau hanya suatu gangguan mood. ⁽¹⁾

Penyebab gangguan skizoafektif adalah tidak diketahui, tetapi enam model konseptual telah diajukan. (1) Pasien skizofrenia yang memiliki gejala mood. (2) Pasien dengan gangguan mood yang memiliki gejala skizofrenia. (3) Pasien dengan gangguan mood dan skizofrenia secara bersamaan. (4) Pasien dengan suatu tipe psikosis ketiga yang tidak berhubungan dengan skizofrenia maupun suatu gangguan mood. (5) Pasien yang gangguannya merupakan proses yang masih terus berlangsung di antara skizofrenia dan gangguan mood, dan (6) Pasien dengan beberapa kombinasi dari poin 1-5. ^(2,3,4)

Adanya gangguan-gangguan yang bersifat episodik dengan gejala afektif dan skizofrenik yang sama menonjol dan secara bersamaan ada dalam episode yang sama dari penyakit itu atau setidaknya dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain. Hubungan dengan gangguan suasana perasaan (mood/afektif) (F30-F39) dan gangguan skizofrenik (F20-F24) yang khas tidak jelas. Gangguan ini diberikan kategori yang terpisah karena cukup sering dijumpai sehingga tidak dapat diabaikan begitu saja. Kondisi-kondisi lain dengan gejala-gejala afektif saling bertumpang tindih dengan atau membentuk sebagian penyakit skizofrenik yang sudah ada, atau dimana gejala-gejala itu berada bersama-sama atau secara bergantian dengan gangguan-gangguan waham menetap jenis lain, diklasifikasikan dalam kategori yang sesuai dalam F20-F29. Waham atau halusinasi yang tak serasi dengan suasana perasaan (mood) pada gangguan afektif, tidak dengan sendirinya menyokong diagnosis gangguan skizoafektif.

Suatu gangguan psikotik dengan gejala-gejala skizofrenik dan manik sama-sama menonjol dalam satu episode penyakit yang sama. Kelainan afektif biasanya mengambil bentuk elasi, disertai oleh meningkatnya rasa harga diri dan ide-ide kebesaran, tetapi kadang-kadang kegelisahan atau iritabilitas lebih jelas dan disertai oleh perilaku agresif serta ide-ide kejaran. Dalam kedua hal tersebut terdapat peningkatan enersi, aktivitas yang berlebihan, konsentrasi yang terganggu, dan hilangnya hambatan sosial yang normal. Waham-waham rujukan, kebesaran atau kejaran mungkin ada, tetapi gejala-gejala lain yang lebih khas dari gangguan skizofrenik harus ada untuk menegakkan diagnosis. Gangguan skizoafektif tipe manik biasanya adalah psikosis yang berkembang selengkapnya dengan onset yang akut, dan walaupun perilaku terganggu secara menyeluruh namun penyembuhan secara sempurna umumnya terjadi dalam beberapa minggu. Suasana perasaan harus meningkat secara menonjol atau ada peningkatan suasana perasaan yang tak begitu mencolok dikombinasi dengan iritabilitas atau kegelisahan yang meningkat. Dalam episode yang sama harus jelas ada sedikitnya satu atau lebih baik lagi dua, gejala skizofrenik yang khas.

Pada pasien ini didapatkan adanya gangguan pola perilaku, gangguan afek dan arus pikir yang irrelevan dan *flight of ideas*, perjalanan penyakit menunjukkan gejala psikotik yang jelas, dan sudah memenuhi kriteria skizofrenia yakni afek yang inappropriate dan arus pikir yang irrelevan dan ditemukannya waham terus ditambah dengan gejala afektif yang sama menonjol dan secara bersamaan ada, seperti gejala manik (berbicara terus, *flight of ideas*, afek yang meningkat) sehingga diagnosis diarahkan pada Gangguan skizoafektif tipe manik (F25.0).

Pasien ini didiagnosa banding dengan Gangguan Skizoafektif Tipe Campuran (F25.2), Gangguan Afektif Bipolar Episode Kini Manik dengan Gejala Psikotik (F31.2), dan Skizofrenia Paranoid (F20.0).

Gejala psikotik ditandai oleh suatu abnormalitas dalam bentuk, isi pikiran, persepsi, emosi dan perilaku. Pada pasien ini didapatkan perubahan yang bermakna dalam mutu kehidupan dari beberapa aspek perilaku pribadi yang bermanifestasi pada hidup yang tidak bertujuan, sikap larut dalam diri sendiri dan menarik diri secara sosial. ^(1, 2, 9)

Pada pasien ini diberikan antipsikotik tipikal yaitu Haloperidol dan Chlorpromazine. Haloperidol dan Chlorpromazine merupakan obat antipsikotik golongan tipikal yang bekerja dengan cara memblokir dopamin di reseptor D2 pada reseptor pasca-sinaptik neuron di otak, khususnya mesolimbik dopamin *pathways* sehingga menyebabkan simptom positif menurun. Selain itu, dapat juga mengatasi gejala mania. Chlorpromazine memiliki efek samping sedasi yang kuat, sehingga dapat digunakan terhadap sindrom psikosis dengan gejala dominan gaduh gelisah, hiperaktif, susah tidur, kekacauan pikiran, perasaan dan perilaku. Sedangkan Haloperidol memiliki efek samping sedasi yang lemah dan digunakan untuk sindrom psikosis dengan gejala dominan halusinasi, waham, perasaan tumpul, apatis, menarik diri, hipoaktif, dan lain-lain.

Pemberian asam valproat ditujukan untuk mengatasi gangguan mood/afektif pada pasien yakni depresi dan manik. Asam valproat diindikasikan pada gangguan⁽⁸⁾ afektif bipolar (kombinasi dengan litium) dan skizoafektif. Obat ini lebih efektif pada *rapid cycling* yang terjadi pada pasien dibandingkan litium sehingga dijadikan pilihan utama pada gangguan afektif dengan ciri *rapid cycling*. Pembuktian terakhir didapatkan bahwa asam valproat lebih efektif menangani episode depresi dibandingkan litium dan karbamazepin. Mekanisme keefektifitasannya dalam gangguan psikiatri masih belum diketahui. Obat ini dimetabolisme oleh hati melalui sistem beta-oksidasi, glukuronidasi, dan sitokrom P450. Adapun efek samping yang sering terjadi antara lain gangguan gastrointestinal, hati (hepatitis), darah (trombositopenia), dan saraf (ataksia, tremor).^(6,9) Prognosis pasien ini adalah dubia et malam, dinilai dengan melihat faktor-faktor pendukung dan penghambat penyembuhannya.

Faktor pendukung berupa :

- Gambaran klinis adalah gejala positif
- Dukungan keluarga cukup baik
- Stressor yang jelas
- Onset di usia remaja
- Episode berulang
- Pasien merasa ambivalen terhadap penyakitnya
- Stressor yang cukup berat
- Pasien belum menikah
- Gejala psikotik sering lebih predominan dibanding afektif

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III). Jakarta : Departemen Kesehatan RI. 2003.
2. Kaplan HI, Saddock BJ, Greb JA. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. 11th ed. USA : Lippincott Williams & Wilkins. 2015.
3. First, M.B, et al, *Schizoaffective Disorder Bipolar Type* in Diagnostic Criteria From DSM V, American Psychiatric Association, USA, 2013.
4. Willy F. Maramis, Albert A. Maramis, *Skizofrenia* dalam Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, Edisi 2, Airlangga University Press, 2009.
5. Kaplan HI, BJ Sadock, JA Grebb, *Skizoafektif* dalam Sinopsis Psikiatri, Jilid Satu, Binarupa Aksara, Jakarta, 2010.
6. Arana G.W, Rosenbaurg, *Antipsychotic Drugs* in Handbook of Psychiatric Drug Therapy, Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2005.
7. Birnkrant J, Carlsen A. Crash course Psychiatry: The Psychotic Disorders and The Mood disorders. In: Horton-Szar D, editor. U.K ed. China: Mosby Elsevier Inc.2007.
8. Albers J L, Hahn RK, Reist C. Handbook of Psychiatric Drugs. 2005 edition. Current Clinical Strategies Publishing.
9. Maslim R. Paduan Praktis Penggunaan Klinis Obat Psikotropik Jakarta : PT Nuh Jaya. 1996.