

Ketidakpatuhan Pengobatan sebagai Faktor Kekambuhan pada Skizofrenia Paranoid Berkelanjutan: Sebuah Laporan Kasus

Luh Nyoman Alit Aryani¹ | Ester Junita Djari² | Ida Aju Kusuma Wardani³ | I Made Wedastra⁴

^{1,2,3} Departement Psikiatri, Universitas Udayana, Denpasar, Indonesia

⁴ Kelompok Staf Medis Jiwa, Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama

Korespondensi: Ester Junita Djari (djari.2502705110@student.unud.ac.id)

Receive: 22 Mei 2026 | Accepted: 20 Juni 2026 | Published: 29 Juni 2026

Abstrak—Skizofrenia merupakan gangguan psikotik kronis yang berisiko mengalami kekambuhan, terutama ketika kepatuhan pengobatan tidak terjaga. Dilaporkan seorang laki-laki berusia 29 tahun dengan riwayat perawatan psikiatri berulang yang dibawa ke rumah sakit karena gelisah, mengamuk, berbicara sendiri, sulit tidur, serta menunjukkan waham curiga, waham kebesaran dan bizar, disertai halusinasi auditorik. Pasien tidak menyadari dirinya sakit dan diketahui menghentikan obat selama tiga hari karena bosan, dengan riwayat kontrol serta pengawasan pengobatan yang tidak konsisten. Diagnosis ditegakkan sebagai skizofrenia paranoid berkelanjutan dengan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Penatalaksanaan meliputi olanzapin intramuskular, paliperidon kerja panjang, risperidon, lorazepam, triheksifenidil, psikoterapi suportif, serta psikoedukasi keluarga. Selama perawatan terjadi penurunan gejala psikotik, perbaikan tidur dan perilaku, serta penurunan skor PANSS. Kasus ini menegaskan pentingnya intervensi multidimensional, pengawasan keluarga, dan antipsikotik kerja panjang untuk mencegah kekambuhan.

Kata Kunci: Skizofrenia; Paranoid; Ketidakpatuhan; Kekambuhan; Antipsikotik

I. Pendahuluan

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai oleh gangguan pada proses pikir, isi pikir, persepsi, afek, perilaku, serta kemampuan individu dalam menilai realitas [1], [2]. Gangguan ini biasanya berlangsung kronis atau berulang dan dapat menyebabkan penurunan fungsi pribadi, sosial, pendidikan, maupun pekerjaan. Manifestasi klinis skizofrenia tidak hanya terbatas pada gejala positif, seperti waham, halusinasi, perilaku tidak terorganisasi, dan gangguan arus pikir, tetapi juga dapat meliputi gejala negatif berupa penurunan motivasi, penarikan diri dari lingkungan sosial, kemiskinan pembicaraan, serta berkurangnya kemampuan mengekspresikan emosi [2], [3]. Gangguan kognitif, termasuk penurunan perhatian, konsentrasi, daya nilai, dan kemampuan mengambil keputusan, juga dapat memengaruhi kemampuan pasien menjalani kehidupan sehari-hari secara mandiri [4].

Skizofrenia paranoid secara klinis terutama ditandai oleh waham yang relatif menetap, umumnya berupa waham kejar, waham curiga, waham kebesaran, atau kombinasi beberapa jenis waham, yang sering disertai halusinasi auditorik [2], [5]. Pasien dapat mendengar suara yang memberikan komentar, membicarakan dirinya, memerintah, mengancam, atau menimbulkan ketakutan. Pada kondisi tersebut, perilaku pasien sering dipengaruhi oleh pengalaman psikotiknya. Kecurigaan yang intens dapat menyebabkan pasien menghindari orang lain, mengunci diri, menolak makan atau minum, sulit tidur, marah, bahkan melakukan tindakan agresif terhadap diri sendiri maupun orang di sekitarnya. Walaupun

fungsi orientasi dan sebagian fungsi kognitif dasar dapat tetap baik, penilaian realitas serta tilikan terhadap penyakit umumnya menurun.

Perjalanan skizofrenia sangat dipengaruhi oleh keberlangsungan terapi [3], [6]. Antipsikotik dapat mengurangi intensitas waham, halusinasi, agitasi, dan gangguan perilaku, sekaligus mempertahankan stabilitas klinis setelah episode akut teratasi [6], [12]. Namun, efektivitas tersebut bergantung pada keteraturan penggunaan obat, keberlanjutan kontrol, dukungan keluarga, akses terhadap pelayanan kesehatan, serta penerimaan pasien terhadap penyakit dan kebutuhan pengobatannya. Ketidakpatuhan terhadap pengobatan menjadi salah satu persoalan terpenting dalam tata laksana skizofrenia. Pasien dapat menghentikan obat karena merasa sudah sembuh, tidak menyadari dirinya sakit, mengalami efek samping, merasa bosan, memiliki pemahaman yang kurang mengenai manfaat terapi, atau tidak memperoleh pengawasan dan dukungan yang memadai [7], [8].

Ketidakpatuhan meningkatkan risiko munculnya kembali gejala psikotik, agitasi, gangguan tidur, perilaku agresif, perawatan ulang, penurunan fungsi sosial, dan memburuknya hubungan keluarga [6]–[8]. Kekambuhan berulang juga dapat memperpanjang durasi psikosis yang tidak tertangani dan menyebabkan pemulihan fungsional menjadi semakin sulit. Permasalahan ini menjadi lebih kompleks pada pasien yang tinggal terpisah dari keluarga inti, tidak bekerja, memiliki tilikan buruk, dan tidak memiliki orang yang secara konsisten memastikan bahwa obat diminum serta kontrol dilakukan

sesuai jadwal. Oleh karena itu, asesmen kepatuhan tidak cukup hanya menanyakan apakah pasien minum obat, tetapi juga harus mengevaluasi pola kehidupan, pengetahuan keluarga, hambatan transportasi, efek samping, keteraturan pengambilan obat, serta dinamika relasi antara pasien dan orang yang merawatnya.

Kasus dalam laporan ini menggambarkan seorang laki-laki berusia 29 tahun dengan riwayat gangguan psikotik dan perawatan berulang pada tahun 2024 dan 2025. Pasien kembali mengalami perburukan berupa kegelisahan, kebingungan, insomnia, perilaku mengamuk, berbicara sendiri, waham curiga, waham kebesaran dan bizar, serta halusinasi auditorik setelah tidak minum obat selama beberapa hari. Selain faktor ketidakpatuhan, ditemukan keterbatasan pengawasan keluarga, hubungan yang kurang harmonis dengan ayah, masalah fungsi pekerjaan, ketergantungan ekonomi, kecenderungan menyendiri, dan ciri kepribadian paranoid serta skizoid. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kekambuhan tidak disebabkan oleh satu faktor tunggal, melainkan interaksi antara kerentanan psikologis, faktor sosial, tilikan yang buruk, keterbatasan sistem pendukung, dan penghentian terapi.

Laporan kasus ini penting karena memperlihatkan proses penegakan diagnosis, pemantauan perubahan gejala secara longitudinal, serta penerapan terapi farmakologis dan psikososial secara terpadu. Penggunaan antipsikotik oral disertai antipsikotik kerja panjang merupakan bagian strategis dalam penanganan pasien dengan riwayat ketidakpatuhan [3], [9], [10]. Psikoedukasi kepada pasien dan keluarga juga menjadi komponen utama untuk meningkatkan pemahaman mengenai penyakit, mengenali tanda awal kekambuhan, mengelola efek samping, dan membentuk sistem pengawasan pengobatan yang realistis [3], [14], [15]. Dengan pembahasan komprehensif terhadap dimensi biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan budaya, kasus ini diharapkan memberikan gambaran bahwa keberhasilan penatalaksanaan skizofrenia tidak hanya diukur melalui berkurangnya gejala akut, tetapi juga melalui keteraturan terapi, pencegahan kekambuhan, pemulihan fungsi, serta peningkatan kualitas dukungan keluarga.

II. Presentasi Kasus

A. Studi Kasus

Seorang laki-laki berinisial AANBKP, berusia 29 tahun, beragama Hindu, bersuku Bali, berkewarganegaraan Indonesia, dengan pendidikan terakhir Diploma I Pariwisata, belum menikah secara hukum, tidak bekerja, dan berdomisili di Denpasar Timur, dirawat di Ruang Anggrek RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah Denpasar pada Desember 2025. Data klinis diperoleh melalui autoanamnesis dan heteroanamnesis dari pasien serta ayahnya. Keluhan utama menurut pasien adalah merasa bingung, sedangkan keluarga mengemukakan bahwa pasien gelisah. Keluhan tersebut muncul kurang lebih tiga hari sebelum masuk rumah sakit dan semakin berat pada sore hari sebelum pasien dibawa untuk memperoleh pertolongan.

Pada pemeriksaan awal, pasien tampak berambut pendek dan kurang rapi, mengenakan pakaian kasual, dengan roman wajah tegang serta kadang menunjukkan senyum yang terkesan dipaksakan. Kontak mata dapat dipertahankan dan pasien mampu berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia dengan artikulasi cukup jelas. Orientasi terhadap orang, tempat, dan waktu relatif baik. Pasien mampu menyebutkan identitas dirinya, mengenali orang yang mendampingi, mengetahui bahwa dirinya berada di rumah sakit, serta

memperkirakan waktu pemeriksaan. Daya ingat segera, jangka pendek, menengah, dan panjang secara umum masih baik. Pasien juga dapat menjawab beberapa pertanyaan pengetahuan umum, melakukan abstraksi sederhana, serta mengartikan peribahasa. Meskipun demikian, pada evaluasi status mental selanjutnya ditemukan konsentrasi dan kemampuan berhitung yang kurang baik.

Pasien awalnya mengatakan tidak memiliki keluhan dan merasa baik-baik saja. Setelah digali lebih lanjut, ia menyatakan merasa bingung, tetapi tidak mampu mendeskripsikan pengalaman tersebut dengan jelas. Roman wajah pasien berubah tampak marah ketika membicarakan ayah dan temannya. Pasien merasa kesal karena menganggap mereka telah membawanya ke rumah sakit tanpa alasan yang benar. Pasien juga mencurigai ayahnya berusaha memisahkannya dari istri dan anaknya. Ia meyakini bahwa dirinya telah menikah serta memiliki seorang anak perempuan berusia lima tahun. Berdasarkan heteroanamnesis, pasien sebenarnya belum pernah menikah dan tidak memiliki anak. Perempuan yang disebut sebagai istri dalam beberapa bagian wawancara diketahui merupakan pacar yang tinggal bersamanya di rumah kos.

Selain waham mengenai perkawinan dan anak, pasien menunjukkan waham curiga terhadap pasangannya. Ia meyakini bahwa pasangannya merencanakan sesuatu yang buruk dan akan meninggalkannya untuk laki-laki lain. Pasien juga menanyakan apakah pemeriksa bekerja sama dengan polisi dan Tentara Nasional Indonesia. Ia menyatakan sedang bertugas sebagai intel kepolisian yang menyamar, pernah memperoleh pendidikan kepolisian dan militer, selalu menjadi nomor satu, sedang memburu sembilan orang, dan menjabat sebagai asisten seorang panglima. Pasien percaya bahwa polisi dan tentara berusaha menangkapnya akibat kesalahan yang pernah dilakukannya serta ingin memisahkannya dari istri dan anaknya. Keyakinan tersebut tidak sesuai dengan realitas dan tidak dapat dikoreksi melalui penjelasan.

Selama wawancara, pasien beberapa kali tampak berbicara sendiri. Ketika ditanyakan, pasien mengaku sedang berkomunikasi dengan seorang panglima, tetapi menolak menyebutkan identitasnya karena dianggap sebagai rahasia negara. Pasien juga mendengar suara sirene polisi, langkah kaki banyak orang yang seolah-olah mengepung kamar kosnya, serta suara perempuan yang seram dan melengking. Kadang-kadang suara tersebut dirasakan berada di dalam pikirannya dan memengaruhi perasaannya sehingga ia menjadi takut dan bingung ketika bertemu orang lain. Pengalaman tersebut menyebabkan pasien tidak berani keluar rumah, menghindari pertemuan dengan orang lain, mudah terkejut terhadap suara kecil, dan merasa kamar kosnya sedang diawasi.

Sejak munculnya perburukan, pasien mengalami kesulitan memulai dan mempertahankan tidur. Ia mudah terbangun ketika mendengar suara kecil dan tidak dapat tidur kembali sampai pagi. Nafsu makan masih ada, meskipun pasien merasa makanan kurang memiliki rasa. Perawatan diri juga menurun karena pasien menganggap tidak perlu mandi apabila tidak keluar rumah. Ia kadang merasa ingin marah tanpa mengetahui penyebabnya. Berdasarkan keterangan ayah, pasien gelisah, mondar-mandir, bingung, dan cenderung mengamuk. Pasien pernah memukul dirinya sendiri sebelum dibawa ke rumah sakit. Keluarga juga menyampaikan adanya kecenderungan episode mengamuk pada akhir bulan, meskipun tidak diketahui pencetus yang konsisten.

Pasien memiliki riwayat perawatan psikiatri pada Desember 2024 dan Januari 2025. Pada episode sebelumnya, pasien mengamuk, mencoba memukul ayahnya, menunjukkan kecurigaan, dan sulit dikendalikan. Setelah perawatan, kondisinya sempat membaik, tetapi selama tahun 2025 pasien beberapa kali tidak datang kontrol dan tidak mengambil obat. Hambatan tersebut terjadi karena tidak selalu ada anggota keluarga yang mengantar, sedangkan pasien menolak berangkat sendiri. Tidak ada orang yang secara konsisten mengawasi kepatuhan karena pasien lebih sering tinggal bersama pacarnya, sementara ayah, ibu tiri, dan kakak perempuannya tinggal di tempat lain. Ayah pasien juga tidak mengingat secara lengkap jenis, dosis, dan frekuensi obat. Tiga hari sebelum perawatan saat ini, pasien menolak minum obat karena merasa bosan.

Riwayat pengobatan sebelumnya di RSUD Wangaya mencakup asam valproat 500 mg sekali sehari, triheksifenidil, lorazepam 0,5 mg malam, serta satu jenis obat lain yang tidak berhasil diidentifikasi karena keluarga tidak mengambil atau tidak mengingatnya. Pasien tidak memiliki riwayat konsumsi alkohol maupun narkotika. Kebiasaan merokok dilaporkan ringan, sekitar dua batang per hari dan tidak selalu dilakukan. Tidak ditemukan riwayat penyakit fisik berat, hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, trauma kepala dengan gangguan kesadaran, atau kondisi medis lain yang dianggap dapat menjelaskan gejala psikotik. Pasien pernah mengalami kejang demam ketika berusia sekitar empat tahun.

Riwayat perkembangan prenatal, perinatal, dan tumbuh kembang tidak menunjukkan masalah bermakna. Pasien merupakan anak yang diharapkan dan lahir spontan dengan bantuan bidan. Perkembangan awal dinyatakan sesuai usia. Pada masa kanak-kanak, pasien dapat bergaul, tetapi tidak mempunyai banyak teman dan cenderung hanya dekat dengan beberapa orang. Ia menyelesaikan pendidikan dasar hingga menengah tanpa masalah belajar bermakna, kemudian menamatkan pendidikan Diploma I Pariwisata. Pasien pernah bekerja di bagian dapur sebuah restoran, tetapi berhenti setelah mengalami gangguan. Pada suatu kesempatan ia kembali mencoba bekerja, namun hanya bertahan satu hari sebelum mengundurkan diri.

Sebelum sakit, pasien digambarkan sebagai pribadi yang pendiam, menyukai kesendirian, cenderung memendam masalah, mudah curiga, dan sering menyalahkan diri sendiri ketika menghadapi kesulitan. Ia jarang mengungkapkan persoalan kepada keluarga atau pasangannya. Aktivitas harian lebih banyak dilakukan di rumah, seperti menyapu, mencuci, dan membersihkan rumah. Pasien tidak memiliki hobi khusus dan menggunakan waktu luang untuk tidur. Kondisi ekonomi yang terbatas membuat pasien merasa rendah diri ketika berkumpul dengan keluarga besar. Hubungan pasien dengan ayah juga dianggap kurang baik dan menjadi salah satu masalah dalam kelompok pendukung primer.

Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum dan tanda vital dalam batas stabil, dengan tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 76 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, suhu 36,5°C, dan saturasi oksigen 98% pada udara ruangan. Kesadaran compos mentis dengan GCS E4V5M6. Pemeriksaan generalisata dan neurologis tidak menunjukkan kelainan bermakna. Pada status mental, pasien tampak curiga tetapi cukup kooperatif. Mood dicatat sebagai aleksitimia dengan afek iritabel dan ketidakserasian mood-afek. Bentuk pikir nonlogis dan nonrealistis, arus pikir berupa asosiasi longgar, serta isi pikir berupa waham curiga dan waham bizar. Halusinasi auditorik ditemukan, sedangkan penilaian realitas

menurun. Tilikan berada pada derajat satu karena pasien tidak menyadari bahwa dirinya sakit. Berdasarkan keseluruhan temuan, diagnosis kerja ditegaskan sebagai skizofrenia paranoid berkelanjutan disertai ketidakpatuhan terhadap pengobatan.

III. Hasil Pembahasan

Hasil asesmen menunjukkan bahwa pasien mengalami eksaserbasi gangguan psikotik dengan dominasi gejala positif berupa waham curiga, waham kebesaran, waham bizar, dan halusinasi auditorik [2], [4]. Waham curiga terlihat melalui keyakinan bahwa ayah, pasangan, polisi, tentara, dan ibu tiri merencanakan tindakan buruk terhadap dirinya. Waham kebesaran dan bizar tampak dari keyakinan bahwa pasien merupakan intel kepolisian yang sedang menyamar, pernah memperoleh pendidikan militer dan kepolisian, menjadi asisten panglima, serta terlibat dalam misi rahasia negara. Pasien juga meyakini telah menikah dan memiliki anak meskipun informasi tersebut tidak sesuai dengan keterangan keluarga. Gejala persepsi berupa suara perempuan yang menakutkan, suara sirene, langkah kaki orang yang mengepung tempat tinggal, dan percakapan dengan panglima memperkuat adanya gangguan penilaian realitas.

Gejala psikotik tersebut berdampak langsung terhadap perilaku dan fungsi pasien. Pasien menjadi takut keluar rumah, menghindari orang lain, mudah terkejut, merasa diawasi, dan mengalami insomnia tipe campuran. Ia juga menunjukkan perilaku marah, gelisah, mondar-mandir, berbicara sendiri, memukul diri, serta memiliki riwayat mengamuk dan hendak memukul ayahnya. Fungsi pekerjaan mengalami penurunan nyata karena pasien tidak lagi mampu mempertahankan pekerjaan. Upaya kembali bekerja hanya berlangsung singkat. Pasien juga tidak memiliki aktivitas produktif yang terstruktur dan lebih sering menghabiskan waktu di rumah atau tidur. Penurunan fungsi tersebut konsisten dengan penilaian Global Assessment of Functioning saat masuk sebesar 30–21, yang menunjukkan disabilitas berat dalam komunikasi, daya nilai, dan kemampuan berfungsi pada hampir semua bidang.

Pada pemeriksaan psikometri selama rawat inap, skor Positive and Negative Syndrome Scale menunjukkan perbaikan bertahap. Skor total PANSS pada hari pertama, 4 Desember 2025, tercatat 114, terdiri atas skor positif 32, negatif 24, dan psikopatologi umum 58. Pada hari ketiga, 6 Desember 2025, skor total turun menjadi 99, dengan skor positif 26, negatif 23, dan umum 50. Pada hari ketujuh, 10 Desember 2025, skor total kembali menurun menjadi 80, terdiri atas skor positif 18, negatif 21, dan umum 45. Pemeriksaan lanjutan tanggal 25 Maret 2026 menunjukkan skor total 68, dengan skor positif 14, negatif 20, dan umum 34. Penurunan terutama terlihat pada domain gejala positif dan psikopatologi umum, meskipun gejala negatif masih relatif menetap. PANSS-EC yang pada awal perawatan berada pada kisaran 4–5 kemudian menurun menjadi 1–2 pada evaluasi lanjutan.

Pada hari pertama perawatan, pasien masih menunjukkan penampilan yang kurang wajar, kontak verbal dan visual terbatas, mood iritabel, afek menyempit, proses pikir nonlogis dan nonrealistis, serta waham curiga dan kebesaran. Gangguan persepsi masih dicatat berupa halusinasi auditorik dan dalam catatan tindak lanjut juga disebutkan adanya pengalaman visual. Pasien sempat gelisah ketika ditinggalkan oleh pasangannya, tetapi menjadi lebih tenang setelah pendamping kembali. Setelah memperoleh injeksi olanzapin intramuskular,

pasien dapat tidur dan agitasi berkurang. PANSS-EC turun menjadi sekitar dua, menunjukkan berkurangnya eksitasi dan perilaku agresif.

Pada 5 Desember 2025, pasien lebih banyak berdiam diri dan tampak mengantuk. Ia mulai dapat tidur nyenyak setelah pemberian obat malam dan mampu mengikuti jadwal makan, minum, serta pengobatan. Meskipun pasien masih menyangkal atau tidak memahami alasan dirinya dibawa ke rumah sakit, perilaku terbuka yang agresif tidak lagi terlihat. Waham curiga dan kebesaran masih terdapat dalam riwayat serta isi pikir, tetapi pasien dapat berinteraksi dengan lebih tenang. Arus pikir pada evaluasi ini tercatat lebih koheren dibandingkan kondisi sebelumnya. PANSS-EC berada pada kisaran 1–2.

Pada 8 Desember 2025, pasien menyatakan perasaannya lebih tenang dan mulai mengakui bahwa dirinya dibawa ke rumah sakit karena mengamuk, walaupun tidak mengingat pencetusnya. Ia berjanji tidak akan kembali memukul orang tua maupun pasangannya. Pasien menyangkal mendengar suara atau melihat bayangan tanpa sumber, dapat tidur nyenyak, memiliki nafsu makan yang baik, dan bersedia meminum obat. Keluhan kaku pada lidah dan leher yang sebelumnya sempat muncul telah membaik. Pemberian triheksifenidil dimasukkan dalam regimen terapi untuk mengatasi atau mencegah gejala ekstrapiramidal. Pada pemeriksaan status mental, penampilan mulai tampak lebih wajar, kontak verbal dan visual cukup, perilaku tenang, serta proses pikir menjadi koheren. Meskipun bentuk pikir masih dinilai logis tetapi nonrealistis dan terdapat riwayat waham kebesaran, manifestasi aktifnya berkurang.

Perbaikan berlanjut pada 9 dan 10 Desember 2025. Pasien mampu duduk tenang, menjawab pertanyaan dengan intonasi jelas, serta memiliki orientasi yang baik. Ia menyangkal halusinasi, tidak lagi mengeluhkan kekakuan lidah maupun nyeri leher, tidur lebih teratur, makan dengan baik, dan patuh terhadap pengobatan selama berada di rumah sakit. Preokupasi utama pasien bergeser menjadi keinginan untuk pulang dan bertemu dengan perempuan yang disebutnya sebagai istri. Meskipun keyakinan mengenai status perkawinan belum sepenuhnya terkoreksi, perilaku pasien tidak lagi didominasi agitasi atau ketakutan akibat waham kejar. Pada 9 Desember pasien mendapatkan injeksi paliperidon 150 mg intramuskular sebagai antipsikotik kerja panjang.

Pada 11 Desember 2025, pasien tampak tenang dan kooperatif. Kontak verbal dan visual cukup, pembicaraan jelas, orientasi baik, serta tidak ditemukan perilaku agresif atau kegelisahan bermakna. Pasien menyatakan perasaannya baik, dapat tidur nyenyak, makan dengan baik, dan bersedia meminum obat. Ia menyangkal mendengar suara atau melihat bayangan yang tidak memiliki sumber. Mood tercatat hipotimik dengan afek menyempit, sedangkan proses pikir koheren. Waham kebesaran dan gangguan persepsi dicatat sebagai riwayat, bukan lagi sebagai gejala yang menonjol secara aktif. PANSS-EC tetap berada pada kisaran 1–2. Pasien kemudian direncanakan melanjutkan perawatan melalui poliklinik.

Pemeriksaan proyektif memberikan gambaran tambahan mengenai dinamika psikologis pasien. Tes Wartegg memperlihatkan gambar objek konkret dan familier, seperti kucing, matahari, tiang listrik, sawah, pedang, televisi, gajah, dan payung. Interpretasi dalam laporan mengarah pada kreativitas dan kemampuan adaptasi yang cukup, tetapi disertai kebutuhan akan perlindungan, kecemasan, ketidakpastian, dan rasa kurang aman. Objek seperti payung dan pedang dipandang sebagai representasi kebutuhan proteksi. Temuan ini tidak

digunakan sebagai dasar diagnosis tunggal dan tetap memerlukan konfirmasi melalui wawancara klinis.

Pada tes House-Tree-Person, gambar rumah, pohon, dan manusia dinilai menunjukkan keinginan beradaptasi dengan lingkungan, tetapi disertai kecemasan, ketegangan, kesulitan mengekspresikan emosi, dan ketidaknyamanan dalam hubungan interpersonal. Proporsi dan detail gambar manusia diinterpretasikan dapat mencerminkan kematangan emosi serta perilaku yang kurang adekuat dibandingkan usia kronologis. Dalam laporan juga disebutkan adanya indikator yang mengarah pada kemungkinan proses psikotik, terutama terkait distorsi persepsi dan pengolahan realitas. Namun, temuan tersebut tetap ditempatkan sebagai data pendukung yang harus diintegrasikan dengan anamnesis dan pemeriksaan status mental.

Tes mengarang memperlihatkan fokus pasien pada pekerjaan dan masalah finansial. Pasien menulis mengenai kesenangannya berjalan-jalan, ketiadaan uang, kebingungan mencari pekerjaan yang menghasilkan banyak uang, serta perasaan sedih ketika tidak bekerja. Isi tulisan tersebut menunjukkan kekhawatiran terhadap stabilitas ekonomi, pencarian identitas melalui pekerjaan, dan kemungkinan perasaan tidak berharga ketika tidak memiliki aktivitas produktif. Hal ini sejalan dengan riwayat pasien yang tidak bekerja, merasa rendah diri karena keterbatasan ekonomi, serta mengalami penurunan fungsi setelah sakit.

Secara diagnostik, gangguan mental organik disingkirkan karena tidak ditemukan kondisi fisik atau neurologis yang memadai untuk menjelaskan gangguan psikotik. Gangguan akibat zat psikoaktif juga disingkirkan karena tidak terdapat riwayat penggunaan alkohol, narkotika, atau obat tanpa resep yang relevan. Gangguan skizoafektif tipe manik dan gangguan afektif bipolar episode manik dengan gejala psikotik dipertimbangkan, tetapi tidak didukung karena tidak ditemukan episode mood meningkat atau menurun yang dominan dan berlangsung bersamaan dengan keseluruhan psikosis [2], [5]. Gejala utama pasien berupa waham dan halusinasi yang berkelanjutan, tanpa periode afektif yang memenuhi kriteria episode manik atau depresif mayor.

Diagnosis multiaxial dalam laporan mencakup Aksis I berupa skizofrenia paranoid berkelanjutan dengan ketidakpatuhan terhadap pengobatan; Aksis II berupa ciri kepribadian skizoid dan paranoid dengan mekanisme pembelaan ego represi serta introyeksi; Aksis III tanpa diagnosis medis; Aksis IV berupa masalah dengan kelompok pendukung primer; serta Aksis V dengan GAF saat ini 30–21 dan GAF satu tahun sebelumnya 60–51. Secara keseluruhan, hasil perawatan menunjukkan respons klinis yang baik pada fase akut, tetapi prognosis kesembuhan dinilai meragukan menuju buruk karena perjalanan kronis, tilikan rendah, dukungan keluarga yang belum optimal, ciri kepribadian, dan riwayat ketidakpatuhan [6]–[8], [13].

IV. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien dilakukan melalui pendekatan biologis, psikologis, sosial, serta keluarga [14], [15]. Tujuan terapi pada fase akut adalah mengendalikan agitasi, mengurangi waham dan halusinasi, memulihkan pola tidur, mencegah tindakan agresif, serta memastikan keamanan pasien dan orang di sekitarnya. Setelah gejala akut terkendali, sasaran berikutnya adalah mempertahankan stabilitas klinis, meningkatkan kepatuhan, mencegah kekambuhan,

memperbaiki tilikan, dan mengembalikan fungsi pasien secara bertahap. Riwayat penghentian obat dan perawatan berulang menjadi pertimbangan penting dalam pemilihan regimen, termasuk penggunaan antipsikotik kerja panjang.

Pada saat masuk rumah sakit, pasien mendapat injeksi olanzapin 5 mg intramuskular. Pemberian ini dilakukan dalam konteks kegelisahan, riwayat mengamuk, waham yang menonjol, gangguan persepsi, dan insomnia. Setelah terapi, pasien menjadi lebih tenang dan dapat tidur. Selama pemantauan tidak dilaporkan adanya agitasi berat yang menetap. Olanzapin intramuskular digunakan sebagai intervensi fase akut untuk menurunkan eksitasi dan mengendalikan perilaku yang berpotensi membahayakan.

Terapi antipsikotik oral diberikan dalam bentuk risperidon 1 mg setiap 12 jam. Risperidon ditujukan untuk mengurangi gejala positif, termasuk waham curiga, waham kebesaran, waham bizar, dan halusinasi. Perubahan klinis tampak secara bertahap melalui berkurangnya perilaku berbicara sendiri, penurunan ketakutan, perbaikan koherensi proses pikir, dan tidak ditemukannya lagi halusinasi aktif menjelang pasien pulang. Dosis dan respons pasien dipantau selama rawat inap, termasuk kemungkinan munculnya efek samping ekstrapiramidal.

Pasien sempat mengeluhkan kekakuan pada lidah dan leher. Keluhan tersebut kemudian membaik dan tidak lagi ditemukan pada evaluasi berikutnya. Triheksifenidil 2 mg sekali sehari pada pagi hari diberikan sebagai bagian dari penatalaksanaan gejala ekstrapiramidal atau pencegahan kekambuhannya. Pemantauan terhadap kekakuan, tremor, akatisia, distonia, perubahan gerakan, dan keluhan motorik tetap diperlukan, terutama karena pasien mendapatkan terapi antipsikotik secara kombinasi dalam periode peralihan.

Lorazepam 1 mg pada malam hari diberikan untuk membantu mengatasi insomnia dan kegelisahan. Sebelum masuk rumah sakit, pasien mengalami kesulitan memulai tidur dan mempertahankan tidur, mudah terbangun karena suara kecil, serta tidak dapat kembali tidur sampai pagi. Setelah perawatan, pasien mulai tidur lebih awal dan dapat mempertahankan tidur hingga pagi. Penggunaan lorazepam perlu dievaluasi secara berkala karena terapi benzodiazepin umumnya ditujukan untuk jangka pendek, dengan mempertimbangkan risiko toleransi, ketergantungan, sedasi, serta gangguan fungsi psikomotor apabila digunakan berkepanjangan.

Karena pasien memiliki riwayat ketidakpatuhan, tidak teratur kontrol, serta kurangnya pengawasan obat, diberikan injeksi paliperidon 150 mg intramuskular pada 9 Desember 2025. Antipsikotik kerja panjang dipilih untuk mempertahankan kontinuitas terapi dan mengurangi ketergantungan pada kepatuhan minum obat setiap hari. Penggunaan sediaan kerja panjang menjadi relevan karena pasien sebelumnya berhenti minum obat akibat merasa bosan, menolak pergi kontrol sendiri, serta tinggal terpisah dari anggota keluarga yang mengetahui jadwal pengobatan. Meskipun demikian, terapi kerja panjang tetap memerlukan jadwal kontrol, pemantauan efek samping, pencatatan tanggal injeksi, serta koordinasi antara pasien, keluarga, dan fasilitas pelayanan kesehatan.

Psikoterapi suportif dilakukan dengan memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan pengalaman, ketakutan, kebingungan, dan kecurigaannya tanpa langsung berkonfrontasi dengan isi waham. Ventilasi digunakan untuk memahami perasaan takut yang muncul akibat suara-suara dan keyakinan bahwa dirinya sedang

diawasi atau dikejar. Pemeriksa memberikan dukungan emosional dan membantu pasien merasa aman dalam lingkungan perawatan. Pada pasien dengan psikosis aktif, pendekatan dilakukan secara tenang, konsisten, tidak mengancam, dan tidak memperkuat keyakinan yang tidak sesuai realitas.

Sugesti terapeutik diberikan dengan menanamkan harapan bahwa gejala dapat membaik melalui penanganan yang teratur dan keterlibatan aktif pasien. Reassurance diberikan untuk mengurangi kecemasan dan meyakinkan pasien bahwa fungsi sehari-hari dapat dipulihkan secara bertahap apabila terapi dijalankan secara konsisten. Pendekatan tersebut penting karena pasien memiliki kecenderungan menyimpan masalah, sulit mengekspresikan emosi, dan menunjukkan aleksitimia. Terapi suportif juga diarahkan untuk membangun aliansi terapeutik sehingga pasien lebih bersedia mengikuti pengobatan setelah keluar dari rumah sakit.

Edukasi kepada pasien mencakup penjelasan mengenai hubungan antara gejala yang dialami dan gangguan psikotik, tujuan pemberian obat, kemungkinan efek samping, pentingnya kontrol teratur, serta risiko kekambuhan apabila obat dihentikan secara mendadak. Pasien perlu dibantu mengenali tanda awal perburukan, seperti berkurangnya kebutuhan atau kualitas tidur, munculnya kecurigaan, berbicara sendiri, mendengar suara, menghindari orang lain, mudah marah, mondar-mandir, menolak makan atau minum obat, dan kembali meyakini adanya ancaman. Edukasi harus diulang secara bertahap karena tilikan pasien masih rendah dan pemahamannya dapat berubah seiring stabilisasi gejala.

Intervensi kepada keluarga merupakan komponen yang sangat penting. Ayah pasien diberikan informasi mengenai diagnosis, perjalanan penyakit, tanda awal kekambuhan, tujuan pengobatan, dan perlunya terapi jangka panjang. Keluarga diminta mendukung pasien, memastikan jadwal kontrol, mengetahui nama dan dosis obat, mengawasi kepatuhan, serta tidak menghentikan obat tanpa konsultasi. Keterbatasan sistem pengawasan sebelumnya perlu diperbaiki melalui penunjukan satu anggota keluarga sebagai penanggung jawab utama pengobatan, dengan anggota cadangan apabila orang tersebut berhalangan.

Psikoedukasi keluarga juga diarahkan untuk memperbaiki pola komunikasi. Keluarga perlu menghindari kritik berlebihan, konflik terbuka, ancaman, ejekan terhadap pengalaman psikotik, serta tuntutan fungsi yang terlalu cepat. Di sisi lain, keluarga tidak dianjurkan membenarkan waham pasien. Respons yang disarankan adalah mengakui bahwa pasien benar-benar merasa takut atau terancam, tetapi menyampaikannya secara tenang bahwa keluarga tidak memiliki pengalaman atau penilaian yang sama. Pendekatan ini membantu mempertahankan hubungan tanpa memperkuat distorsi realitas.

Laporan menyebutkan pendekatan terapi berfokus keluarga untuk mengurangi konflik, meningkatkan komunikasi, memberikan pemahaman mengenai gangguan, dan menurunkan expressed emotion. Walaupun pada dokumen terdapat penyebutan gangguan bipolar dalam uraian terapi keluarga, konteks keseluruhan pasien adalah skizofrenia paranoid berkelanjutan. Dengan demikian, prinsip terapi keluarga yang relevan adalah edukasi tentang skizofrenia, pemecahan masalah, keterampilan komunikasi, pencegahan kekambuhan, serta pembagian peran dalam pemantauan pengobatan.

Rehabilitasi psikososial perlu direncanakan setelah gejala akut stabil [3], [15]. Pasien tidak disarankan langsung

menghadapi tuntutan pekerjaan yang tinggi. Aktivitas dapat dimulai dari rutinitas sederhana dan terstruktur, seperti menjaga kebersihan diri, membantu pekerjaan rumah, berolahraga ringan, mengikuti aktivitas keagamaan secara proporsional, dan melakukan kegiatan produktif dengan target realistis. Setelah stabilitas tercapai, asesmen vokasional dapat dilakukan untuk mengidentifikasi pekerjaan yang sesuai dengan kemampuan, toleransi stres, keterampilan pariwisata, serta kondisi psikososial pasien.

Rencana kontrol poliklinik harus mencakup evaluasi gejala positif dan negatif, pola tidur, fungsi sehari-hari, efek samping obat, berat badan, tekanan darah, serta parameter metabolik sesuai kebutuhan. Jadwal pemberian paliperidon lanjutan harus ditentukan dengan jelas dan tidak boleh terlewat. Keluarga sebaiknya menyimpan catatan pengobatan berisi nama obat, dosis, waktu pemberian, tanggal injeksi, jadwal kontrol, efek samping, dan perubahan perilaku. Apabila muncul agitasi berat, ancaman kekerasan, penolakan makan dan minum, perilaku membahayakan diri, insomnia berat, atau peningkatan intensitas halusinasi dan waham, pasien perlu segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

Prognosis kehidupan dan fungsi dinilai meragukan menuju baik karena tidak terdapat penyakit fisik berat, akses pelayanan kesehatan relatif tersedia, dan respons fase akut terhadap terapi cukup baik. Namun, prognosis kesembuhan dinilai meragukan menuju buruk karena perjalanan penyakit yang berulang, tilikan rendah, ciri kepribadian skizoid dan paranoid, mekanisme pertahanan yang kurang matang, dukungan yang belum optimal, dan ketidakpatuhan. Oleh karena itu, keberhasilan jangka panjang sangat bergantung pada kesinambungan farmakoterapi, keterlibatan keluarga, pemantauan komunitas, rehabilitasi, dan deteksi dini kekambuhan.

V. Diskusi

Kasus ini menunjukkan gambaran skizofrenia paranoid berkelanjutan dengan eksaserbasi yang sangat berkaitan dengan ketidakpatuhan terhadap pengobatan [6]–[8]. Diagnosis didukung oleh adanya waham curiga, waham kebesaran dan bizar, halusinasi auditorik, gangguan bentuk dan arus pikir, penurunan penilaian realitas, perilaku agresif, serta tilikan derajat satu. Gejala psikotik tidak hanya muncul pada episode saat ini, tetapi telah terjadi pada perawatan sebelumnya dan tetap ditemukan secara residual sepanjang tahun. Kontinuitas gejala tanpa periode pemulihan afektif yang jelas mendukung perjalanan berkelanjutan.

Waham curiga pada pasien memiliki cakupan yang luas. Pasien mencurigai ayah, pasangan, ibu tiri, polisi, dan tentara. Ia percaya akan ditangkap, dipisahkan dari keluarga, atau disakiti. Waham kebesaran muncul dalam keyakinan sebagai intel, asisten panglima, lulusan pendidikan polisi dan militer, serta anggota misi rahasia. Keyakinan bahwa dirinya telah menikah dan memiliki anak juga tidak sesuai dengan realitas objektif. Seluruh keyakinan tersebut dipertahankan meskipun terdapat bukti yang berlawanan dan secara nyata memengaruhi perilaku pasien.

Halusinasi auditorik merupakan gejala persepsi yang menonjol. Pasien mendengar suara perempuan yang menakutkan, suara sirene, langkah kaki orang yang mengepung, serta suara seorang panglima yang diajak berkomunikasi. Halusinasi tersebut menimbulkan rasa takut, kewaspadaan berlebihan, penarikan diri, dan insomnia. Perilaku berbicara sendiri selama wawancara memberikan

dukungan observasional terhadap pengalaman persepsi tanpa stimulus eksternal. Kombinasi waham kejar, waham kebesaran, dan halusinasi auditorik merupakan pola yang konsisten dengan skizofrenia paranoid dalam kerangka diagnosis yang digunakan pada laporan.

Gangguan skizoafektif tipe manik dan gangguan afektif bipolar episode manik dengan gejala psikotik dipertimbangkan sebagai diagnosis banding. Namun, tidak ditemukan periode mood meningkat yang menetap, kebutuhan tidur berkurang yang disertai peningkatan energi, pembicaraan mendesak, percepatan arus pikir, peningkatan aktivitas bertujuan, atau perilaku berisiko yang membentuk sindrom manik yang jelas. Insomnia pada pasien lebih berkaitan dengan ketakutan, kewaspadaan akibat waham, dan gangguan persepsi. Mood pasien selama perawatan justru bervariasi antara iritabel, disforik, dan hipotimik, tetapi perubahan tersebut tidak mendominasi perjalanan penyakit. Gejala psikotik ditemukan lebih persisten daripada gejala afektif.

Gangguan mental organik dinilai kurang sesuai karena kesadaran pasien jernih, orientasi relatif baik, fungsi memori sebagian besar dipertahankan, pemeriksaan fisik dan neurologis tidak menunjukkan kelainan bermakna, serta tidak ditemukan penyakit medis yang memiliki hubungan temporal dengan psikosis. Riwayat kejang demam pada usia empat tahun tidak disertai bukti gangguan neurologis berkelanjutan. Gangguan akibat zat juga kurang mendukung karena pasien hanya memiliki riwayat merokok ringan, tidak mengonsumsi alkohol, dan menyangkal penggunaan narkotika atau zat psikoaktif lainnya.

Salah satu aspek paling bermakna dalam kasus ini adalah tilikan yang sangat rendah. Pasien tidak menyadari dirinya sakit dan menganggap dibawa ke rumah sakit tanpa alasan yang benar. Ia mengatribusikan perawatan kepada niat buruk ayah, teman, polisi, atau tentara. Tilikan derajat satu memiliki konsekuensi langsung terhadap kepatuhan. Ketika pasien tidak menerima bahwa pengalaman yang dialaminya merupakan bagian dari gangguan, obat akan dipandang tidak diperlukan, membosankan, atau bahkan sebagai bagian dari ancaman. Karena itu, intervensi untuk meningkatkan kepatuhan tidak dapat bergantung hanya pada instruksi agar pasien meminum obat, tetapi memerlukan hubungan terapeutik, pengulangan edukasi, keterlibatan keluarga, dan penyederhanaan regimen.

Ketidakpatuhan pada pasien merupakan fenomena multidimensional. Pasien menghentikan obat selama tiga hari karena bosan, tetapi riwayat menunjukkan hambatan yang lebih luas. Ia tidak bersedia pergi kontrol sendiri, tidak selalu memiliki orang yang mengantar, tinggal terpisah dari ayah dan kakaknya, serta tidak memiliki pengawas obat yang konsisten. Ayah tidak mengingat jenis dan dosis obat, dan salah satu obat sebelumnya tidak berhasil diambil. Dengan demikian, masalah kepatuhan tidak hanya berasal dari sikap pasien, melainkan juga dari kelemahan sistem pendukung serta koordinasi pengobatan.

Pola klinis memperlihatkan hubungan temporal antara penghentian terapi dan kekambuhan. Setelah tidak meminum obat, pasien mengalami insomnia, kecurigaan, halusinasi, perilaku berbicara sendiri, kegelisahan, dan agresivitas. Setelah farmakoterapi dimulai kembali, gejala eksitasi menurun, tidur membaik, pasien menjadi kooperatif, serta halusinasi tidak lagi dilaporkan. Skor PANSS turun dari 114 pada hari pertama menjadi 80 pada hari ketujuh dan 68 pada evaluasi bulan Maret 2026. Temuan tersebut menunjukkan adanya respons terhadap pengobatan, sekaligus menegaskan

bahwa penghentian terapi merupakan faktor risiko penting bagi perburukan.

Penggunaan paliperidon kerja panjang menjadi pilihan strategis dalam kasus ini. Sediaan tersebut dapat mengurangi frekuensi keputusan harian pasien untuk minum obat dan memungkinkan tenaga kesehatan serta keluarga mengetahui apakah terapi telah diberikan sesuai jadwal. Meskipun demikian, antipsikotik kerja panjang bukan solusi tunggal. Pasien tetap dapat melewati jadwal injeksi apabila tidak ada pendamping, tidak hadir kontrol, atau menolak tindakan. Oleh karena itu, keberhasilan terapi tetap memerlukan sistem pengingat, penjadwalan yang jelas, dukungan transportasi, dan komunikasi antara keluarga dengan fasilitas pelayanan.

Efek samping juga harus diperhatikan sebagai faktor kepatuhan [3], [7], [8]. Pasien sempat mengalami kekakuan lidah dan leher yang dapat mengarah pada keluhan ekstrapiramidal. Walaupun keluhan membaik setelah penatalaksanaan dan pemberian triheksifenidil, pengalaman efek samping berpotensi membuat pasien enggan melanjutkan terapi. Edukasi perlu menekankan bahwa efek samping harus segera dilaporkan dan dapat ditangani, bukan menjadi alasan untuk menghentikan obat secara sepihak. Evaluasi berkala juga diperlukan agar penggunaan antikolinergik tidak berlanjut tanpa indikasi yang jelas.

Dari perspektif psikodinamik, pasien memiliki ciri kepribadian skizoid dan paranoid. Kecenderungan menyendiri, tidak mudah percaya, memandang masalah, serta mempertanyakan niat baik orang lain telah muncul sebelum gangguan psikotik berkembang. Mekanisme pembelaan berupa represi dan introyeksi dapat menyebabkan ketegangan emosional tidak diolah secara adaptif. Pasien lebih memilih diam daripada menyampaikan konflik atau kebutuhan. Ketika tekanan meningkat, kapasitas koping yang terbatas dapat berkontribusi terhadap perburukan gejala, walaupun bukan penyebab tunggal skizofrenia.

Faktor sosial memiliki peran yang besar. Pasien tidak bekerja dan mengalami kesulitan ekonomi. Tes mengarah memperlihatkan bahwa pekerjaan dan uang merupakan perhatian penting bagi pasien. Ia merasa sedih ketika tidak bekerja dan mempertanyakan pekerjaan yang dapat menghasilkan banyak uang. Hal tersebut menunjukkan bahwa kehilangan peran produktif bukan sekadar konsekuensi ekonomi, tetapi juga memengaruhi harga diri dan identitas pasien. Kegagalan mempertahankan pekerjaan dapat memperkuat rasa rendah diri, ketergantungan pada keluarga, dan penarikan sosial.

Hubungan dengan kelompok pendukung primer juga bermasalah. Pasien merasa kurang memiliki hubungan yang baik dengan ayah, sementara ayah merupakan orang yang diharapkan membantu membawa pasien berobat. Ketegangan tersebut dapat meningkatkan resistensi pasien terhadap pengobatan apabila terapi dipersepsikan sebagai bentuk kontrol keluarga. Intervensi keluarga harus menghindari pola komunikasi yang memperlakukan, memaksa, atau terlalu mengkritik. Pada saat yang sama, keluarga tetap perlu menetapkan batas yang jelas terhadap perilaku agresif dan memastikan keamanan semua anggota.

Identitas budaya dan spiritual pasien perlu diperhatikan. Pasien berasal dari keluarga Hindu dan sebelumnya aktif bersembahyang serta melakukan aktivitas keagamaan. Dalam episode psikotik, pasien sempat menyampaikan keinginan melaksanakan upacara otonan. Pernyataan tersebut tidak boleh secara otomatis dianggap patologis karena otonan merupakan praktik budaya dan keagamaan yang memiliki makna bagi

masyarakat Bali. Penilaian klinis harus membedakan keyakinan budaya yang diterima komunitas dari waham yang bersifat sangat personal, tidak sesuai konteks, tidak dapat dikoreksi, dan menyebabkan disfungsi. Pendekatan yang sensitif budaya dapat memperkuat aliansi terapeutik dan mencegah pasien merasa bahwa identitas spiritualnya ditolak.

Data longitudinal memperlihatkan perbaikan yang nyata, tetapi tidak selalu berarti remisi penuh. Menjelang pulang, halusinasi dan waham dicatat sebagai riwayat, namun bentuk pikir masih disebut logis nonrealistis dan pasien tetap memiliki keyakinan bahwa pacarnya adalah istri. Afek juga masih menyempit, mood disforik atau hipotimik, dan preokupasi untuk pulang cukup kuat. Dengan demikian, stabilisasi perilaku akut tidak identik dengan pulihnya seluruh gangguan penilaian realitas. Pemantauan setelah keluar tetap diperlukan untuk menilai gejala residual, kepatuhan, dan kemampuan pasien beradaptasi kembali.

Terdapat beberapa variasi pencatatan dalam dokumen, misalnya skor PANSS awal yang pada bagian psikometri tercatat 114, sementara ikhtisar menyebutkan angka 118. Deskripsi arus pikir dan keserasian afek juga berbeda antara beberapa bagian pemeriksaan. Status hubungan pasien kadang dicatat sebagai tinggal bersama istri, tetapi heteroanamnesis menyatakan bahwa pasien belum menikah dan tinggal bersama pacar. Variasi tersebut menunjukkan pentingnya konsistensi dokumentasi klinis. Dalam penyusunan publikasi, data utama sebaiknya merujuk pada tabel pemeriksaan serial dan hasil heteroanamnesis yang telah dikonfirmasi.

Prognosis pasien bersifat campuran. Faktor yang mendukung meliputi usia yang masih produktif, tidak adanya penyakit fisik berat, tidak adanya penggunaan zat, akses terhadap pelayanan, dan respons yang cukup baik terhadap antipsikotik. Faktor yang memperburuk meliputi perjalanan berulang, ketidakpatuhan, tilikan rendah, ciri kepribadian paranoid dan skizoid, dukungan keluarga yang belum konsisten, pengangguran, serta gangguan fungsi sosial. Quo ad vitam dan quo ad functionam dinilai meragukan menuju baik, sedangkan quo ad sanationam meragukan menuju buruk.

Kasus ini menegaskan bahwa sasaran penatalaksanaan skizofrenia bukan hanya menghentikan agitasi atau menghilangkan halusinasi selama rawat inap. Keberhasilan jangka panjang memerlukan kesinambungan obat, pemantauan efek samping, perbaikan komunikasi keluarga, dukungan dalam menghadiri kontrol, rehabilitasi fungsi, serta rencana krisis yang dipahami bersama. Kombinasi antipsikotik kerja panjang, terapi suportif, psikoedukasi, intervensi keluarga, dan rehabilitasi psikososial menjadi pendekatan yang paling sesuai dengan kompleksitas masalah pasien. Tanpa penguatan sistem tersebut, perbaikan selama rawat inap berisiko diikuti kekambuhan setelah pasien kembali ke lingkungan sebelumnya.

Ucapan Terima Kasih

Dibawakan pada pertemuan ilmiah program Studi Spesialis Kedokteran Jiwa FK UNUD/RS Ngoerah Denpasar, 21 April 2026 dibimbing oleh Dr. Luh Nyoman Alit Aryani, dr., Sp.K.J., Subsp.Ad.(K).

Dokter Residen yang sedang mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 Program Studi Spesialis Kedokteran Jiwa Tahap 1 di RS Ngoerah Denpasar

Referensi

- [1] World Health Organization, "Schizophrenia," WHO Fact Sheets, Oct. 6, 2025. [Online]. Available: WHO, Schizophrenia Fact Sheet. [Accessed: Jul. 30, 2026].
- [2] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., text rev. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association Publishing, 2022.
- [3] G. A. Keepers, L. J. Fochtmann, J. M. Anzia, et al., "The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia," *Am. J. Psychiatry*, vol. 177, no. 9, pp. 868–872, 2020, doi: 10.1176/appi.ajp.2020.177901.
- [4] S. R. Kay, A. Fiszbein, and L. A. Opler, "The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia," *Schizophr. Bull.*, vol. 13, no. 2, pp. 261–276, 1987, doi: 10.1093/schbul/13.2.261.
- [5] World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1992.
- [6] S. Leucht, M. Tardy, K. Komossa, et al., "Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis," *Lancet*, vol. 379, no. 9831, pp. 2063–2071, 2012, doi: 10.1016/S0140-6736(12)60239-6.
- [7] J. P. Lacro, L. B. Dunn, C. R. Dolder, S. G. Leckband, and D. V. Jeste, "Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature," *J. Clin. Psychiatry*, vol. 63, no. 10, pp. 892–909, 2002, doi: 10.4088/JCP.v63n1007.
- [8] D. I. Velligan, P. J. Weiden, M. Sajatovic, et al., "The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness," *J. Clin. Psychiatry*, vol. 70, suppl. 4, pp. 1–46, 2009.
- [9] T. Kishimoto, R. Nitta, K. Borenstein, J. M. Kane, and C. U. Correll, "Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of mirror-image studies," *J. Clin. Psychiatry*, vol. 74, no. 10, pp. 957–965, 2013, doi: 10.4088/JCP.13r08440.
- [10] T. Kishimoto, A. Robenzadeh, C. Leucht, et al., "Long-acting injectable versus oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: A meta-analysis of randomized trials," *Schizophr. Bull.*, vol. 40, no. 1, pp. 192–213, 2014, doi: 10.1093/schbul/sbs150.
- [11] S. Fazel, G. Gulati, L. Linsell, J. R. Geddes, and M. Grann, "Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis," *PLoS Med.*, vol. 6, no. 8, Art. no. e1000120, 2009, doi: 10.1371/journal.pmed.1000120.
- [12] M. Huhn, A. Nikolakopoulou, J. Schneider-Thoma, et al., "Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis," *Lancet*, vol. 394, no. 10202, pp. 939–951, 2019, doi: 10.1016/S0140-6736(19)31135-3.
- [13] R. Penttilä, E. Jääskeläinen, N. Hirvonen, M. Isohanni, and J. Miettinen, "Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: Systematic review and meta-analysis," *Br. J. Psychiatry*, vol. 205, no. 2, pp. 88–94, 2014, doi: 10.1192/bjp.bp.113.127753.
- [14] F. Pharoah, J. Mari, J. Rathbone, and W. Wong, "Family intervention for schizophrenia," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 12, Art. no. CD000088, 2010, doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.
- [15] L. B. Dixon, D. W. Dickerson, A. S. Bellack, et al., "The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements," *Schizophr. Bull.*, vol. 36, no. 1, pp. 48–70, 2010, doi: 10.1093/schbul/sbp115.