

Kekambuhan Gangguan Skizoafektif Tipe Campuran akibat Ketidakpatuhan Pengobatan: Sebuah Laporan Kasus

Luh Nyoman Alit Aryani¹ | Dewa Ayi Dwi Megantari Putri² | Anak Ayu Sri Wahyuni³ | Sahat Hamonangan Hariandja⁴

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

⁴ Kelompok Staf Medis Jiwa, Rumah Sakit Umum Daerah Mangusada

Korespondensi: Dewa Ayi Dwi Megantari Putri (putri.2502705105@student.unud.ac.id)

Receive: 22 Mei 2026 | **Accepted:** 18 Juni 2026 | **Published:** 29 Juni 2026

Abstrak—Gangguan skizoafektif tipe campuran ditandai oleh munculnya gejala skizofrenia bersamaan dengan gejala manik dan depresif yang sama-sama menonjol dalam satu episode. Laporan ini membahas perempuan berusia 29 tahun yang dirawat karena marah-marah, iritabilitas, perilaku impulsif, kesedihan, rasa bersalah, gangguan tidur, waham curiga dan kendali, serta halusinasi auditorik dan visual. Kekambuhan terjadi setelah pasien menghentikan kontrol dan pengobatan serta memilih pengobatan tradisional. Pemeriksaan awal menunjukkan gangguan penilaian realitas, tilikan derajat dua, PANSS total 102, dan PANSS-EC 4–5. Pasien mendapat risperidon, asam valproat, lorazepam, injeksi paliperidon kerja panjang, psikoterapi suportif, psikoedukasi, dan terapi berfokus keluarga. Setelah perawatan, gejala psikotik dan perilaku agresif menurun dengan PANSS total 36 dan PANSS remisi 14. Kasus ini menegaskan pentingnya pendekatan biopsikososial-budaya dan strategi peningkatan kepatuhan untuk mencegah kekambuhan..

Kata Kunci: Skizoafektif; Psikosis; Ketidakpatuhan; Paliperidon; Psikoedukasi

I. Pendahuluan

Gangguan skizoafektif merupakan gangguan jiwa berat yang memperlihatkan kombinasi gejala skizofrenia dan gangguan suasana perasaan dalam satu perjalanan penyakit [2], [3]. Kondisi ini mempunyai kompleksitas diagnostik karena manifestasinya dapat menyerupai skizofrenia dengan gejala afektif, gangguan bipolar dengan ciri psikotik, maupun gangguan depresif berat dengan gejala psikotik. Pada gangguan skizoafektif, gejala psikotik dan afektif tidak hanya muncul secara kebetulan, tetapi sama-sama menonjol dalam episode penyakit yang sama. Penentuan diagnosis karena itu memerlukan evaluasi longitudinal terhadap urutan kemunculan, durasi, intensitas, dan hubungan temporal antara gangguan mood dan gejala psikosis [3], [11].

Gangguan skizoafektif tipe campuran secara khusus menggambarkan keadaan ketika gejala skizofrenia muncul bersamaan dengan gejala afektif campuran [2], [3]. Gejala manik dapat berupa iritabilitas, peningkatan aktivitas, impulsivitas, pengeluaran uang berlebihan, berkurangnya kebutuhan tidur, atau peningkatan dorongan perilaku [12]. Pada saat yang sama, pasien dapat mengalami gejala depresif seperti kesedihan, mudah menangis, rasa bersalah, penurunan nafsu makan, kehilangan minat, dan penurunan kemampuan menjalankan fungsi sehari-hari. Gambaran tersebut dapat disertai waham, halusinasi, gangguan proses pikir, perilaku tidak terorganisasi, dan penurunan penilaian realitas.

Dampak gangguan skizoafektif tidak terbatas pada manifestasi klinis [3], [12]. Gangguan ini dapat menyebabkan

hendaya dalam perawatan diri, hubungan keluarga, fungsi pengasuhan, pekerjaan, kehidupan sosial, dan kemampuan mengambil keputusan. Dalam fase akut, pasien dapat memperlihatkan agitasi, perilaku agresif, penelantaran tanggung jawab, gangguan tidur, penurunan makan, serta risiko menyakiti orang lain atau diri sendiri. Pengendalian gejala akut menjadi prioritas, tetapi keberhasilan jangka panjang sangat bergantung pada kontinuitas pengobatan, dukungan keluarga, keteraturan kontrol, dan kemampuan pasien memahami penyakitnya [5], [13].

Ketidakpatuhan terhadap pengobatan merupakan salah satu persoalan utama dalam gangguan psikotik kronis [7]–[9]. Pasien dapat menghentikan obat karena merasa telah sembuh, kurang memahami sifat penyakit, mengalami efek samping, memiliki tilikan rendah, menghadapi konflik keluarga, atau meyakini bahwa gangguan disebabkan oleh faktor spiritual. Ketidakpatuhan meningkatkan risiko kekambuhan, rawat inap berulang, tindakan agresif, penurunan fungsi, beban keluarga, dan memburuknya prognosis. Pada kasus dengan riwayat penghentian obat berulang, penggunaan antipsikotik kerja panjang dapat dipertimbangkan sebagai bagian dari strategi mempertahankan kesinambungan terapi [6], [14].

Dimensi budaya juga berperan penting dalam pemahaman dan penatalaksanaan gangguan psikotik [10], [15], [16]. Keyakinan mengenai roh jahat, guna-guna, kerasukan, atau gangguan supranatural dapat membentuk cara pasien menjelaskan pengalaman halusinasi dan wahamnya. Keyakinan tersebut tidak boleh langsung dinilai hanya sebagai bentuk ketidaktahuan, tetapi harus dipahami dalam konteks budaya dan pengalaman hidup pasien. Namun, ketika

pemaknaan budaya menyebabkan pasien meninggalkan pengobatan medis, keterlambatan penanganan dan kekambuhan dapat terjadi. Pendekatan klinis harus mampu menghormati keyakinan pasien sambil memberikan penjelasan mengenai gejala, risiko penghentian obat, dan pentingnya perawatan psikiatri [10], [15].

Kasus dalam laporan ini menggambarkan seorang perempuan berusia 29 tahun dengan gangguan skizoafektif tipe campuran dan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Pasien mengalami gejala psikotik berupa waham curiga, waham kendali, halusinasi auditorik multipel, dan halusinasi visual. Gejala tersebut berlangsung bersamaan dengan iritabilitas, perilaku impulsif dalam berbelanja, kesedihan, rasa bersalah, gangguan tidur, penurunan nafsu makan, serta penurunan fungsi perawatan diri dan pengasuhan anak. Kekambuhan terjadi setelah pasien menghentikan obat dan tidak lagi menjalani kontrol rutin sesudah perawatan sebelumnya.

Laporan ini penting karena memperlihatkan hubungan antara gejala psikotik, gangguan mood campuran, kerentanan psikologis, konflik relasi, dukungan keluarga yang terbatas, keyakinan budaya, dan ketidakpatuhan pengobatan. Perjalanan selama rawat inap juga memperlihatkan perbaikan objektif setelah pemberian farmakoterapi, antipsikotik kerja panjang, psikoterapi suportif, psikoedukasi, dan intervensi keluarga. Dengan demikian, kasus ini memberikan gambaran mengenai perlunya pendekatan multidimensional dalam penegakan diagnosis, pengendalian gejala akut, pencegahan kekambuhan, dan pemulihan fungsi pasien..

II. Presentasi Kasus

A. Studi Kasus

Seorang perempuan berinisial SCPEB, berusia 29 tahun, menikah, berpendidikan terakhir SMK, dan berperan sebagai ibu rumah tangga, dibawa oleh suaminya ke RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah Denpasar pada 3 Maret 2026. Keluhan utama menurut pasien dan suaminya adalah marah-marah. Gejala telah terlihat selama kurang lebih satu minggu dan semakin berat dalam lima hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien memarahi suami dan anaknya tanpa alasan yang jelas, tidak bersedia mengurus anak, serta mulai menelantarkan pekerjaan rumah tangga.

Saat diwawancarai, pasien mampu berkomunikasi dalam bahasa Indonesia dengan nada dan kecepatan bicara yang dapat dimengerti. Kontak mata dapat dipertahankan dan pasien cukup kooperatif. Orientasi terhadap waktu, tempat, orang, dan situasi masih baik. Daya ingat segera, pendek, menengah, dan panjang tidak menunjukkan gangguan bermakna. Konsentrasi dan kemampuan berhitung juga masih baik. Pasien mampu melakukan pengurangan serial, mengeja kata dari belakang, serta menjelaskan persamaan dan perbedaan antara buah jeruk dan bola tenis.

Pasien mengakui bahwa dirinya dibawa ke rumah sakit karena sering marah. Ia tidak sepenuhnya memahami penyebab kemarahannya, tetapi menyatakan bahwa perasaannya menjadi bercampur antara takut, sedih, kesal, dan marah selama kurang lebih tiga bulan. Ketika sedang marah, pasien terkadang memiliki pikiran untuk memukul orang lain. Ia juga merasa bersalah karena tidak mampu mengurus rumah, suami, dan anaknya. Meskipun demikian, pasien menyangkal keputusan, keinginan menyakiti diri, dan ide bunuh diri.

Selain gejala depresif tersebut, terdapat perilaku impulsif yang menyerupai gejala manik. Ketika sedih, pasien sering membeli bedak dan kosmetik dalam jumlah banyak. Uang

yang diberikan suaminya cenderung segera dihabiskan. Pasien juga mudah tersinggung dan marah ketika keinginannya tidak dipenuhi oleh orang terdekat. Dalam periode tiga bulan sebelum masuk rumah sakit, pola tidur terganggu. Pasien tidur larut malam, sering terbangun, mengalami mimpi buruk, dan hanya tidur sekitar empat sampai enam jam per hari. Nafsu makan menurun terutama dalam satu minggu terakhir, dan pasien harus dipaksa oleh suaminya untuk makan.

Gejala psikotik pasien cukup menonjol. Pasien meyakini bahwa ada seseorang yang sengaja menyakiti dirinya dan keluarganya. Ia tidak dapat mengidentifikasi siapa orang tersebut, tetapi yakin bahwa kondisinya disebabkan oleh perbuatan jahat orang lain. Pasien merasa dirinya seperti dibuat menjadi "orang gila" dan menduga telah menjadi korban gunaguna. Ia juga meyakini bahwa roh jahat masuk ke dalam tubuhnya, membuatnya berbicara sendiri, berbicara tidak jelas, dan mengendalikan perilakunya. Keyakinan ini sesuai dengan gambaran waham curiga dan waham kendali.

Pasien melaporkan melihat sosok laki-laki tua yang terus mengikutinya selama tiga bulan. Sosok tersebut tidak dapat dilihat oleh suaminya. Dalam evaluasi lain selama awal perawatan, pasien juga menggambarkan sosok seperti kuntilanak yang mengikutinya. Selain halusinasi visual, pasien mengalami halusinasi auditorik berupa banyak suara laki-laki dan perempuan. Suara-suara tersebut dianggap sebagai roh jahat yang dikirim untuk dirinya. Suara tersebut mengomentari pasien, berdiskusi satu sama lain, memengaruhi, mengontrol, mengancam, dan terkadang memerintahnya. Pasien mencoba mengabaikannya dengan berdoa, tetapi suara tersebut tetap mengganggu dan memicu kemarahan, kesedihan, serta konflik dengan keluarga.

Menurut suami, pasien mulai kembali berbicara sendiri, melantur, tidak menghiraukan arahan, dan mencurigai teman serta tetangga. Pasien menganggap orang-orang di sekitarnya membicarakan dan menjelekkan keluarganya. Ia juga mulai tidak merawat diri, hanya mandi sekali sehari atau tidak mandi sama sekali. Aktivitas kesehariannya banyak diisi dengan bermain telepon genggam dan tidur. Pasien membutuhkan perintah agar mau makan dan mandi.

Riwayat gangguan jiwa telah berlangsung sekitar tiga tahun. Pasien pernah dirawat di RS Bhayangkara Batam pada 2024 karena mencurigai adanya orang yang hendak mencelakai suaminya. Pada 2025, pasien dirawat di rumah sakit jiwa di Bintan karena berbicara sendiri, keluyuran, dan ditemukan di pinggir jalan. Selanjutnya, pasien dirawat di RSUP Prof. Ngoerah pada 25 November dan 19 Desember 2025 akibat halusinasi dan perilaku memukul orang. Pada perawatan tersebut, pasien telah didiagnosis gangguan skizoafektif tipe campuran dan mendapat olanzapin, asam valproat, serta lorazepam.

Setelah obat pulang habis, pasien tidak melanjutkan kontrol. Ia menghentikan obat karena merasa sudah membaik dan memilih berobat kepada orang pintar. Suami menyatakan bahwa pasien sangat sulit diarahkan untuk minum obat. Dalam anamnesis awal, pasien mengakui hanya meminum obat sekitar dua kali seminggu. Riwayat ini mendukung adanya ketidakpatuhan terhadap pengobatan sebagai faktor penting yang mendahului kekambuhan.

Riwayat kehidupan pasien memperlihatkan sejumlah stresor psikososial. Ayah pasien meninggal ketika ia berada di tingkat SMK sehingga pendidikan formalnya terhenti dan kemudian diselesaikan melalui paket C. Pada masa kanak-kanak, ayah digambarkan tegas dan keras, serta terkadang memukul pasien dengan benda ketika ia melanggar aturan. Ibu

juga sering memarahinya. Pada masa dewasa, pasien bekerja sebagai pramusaji di bar dan kemudian sebagai pendamping tamu di tempat karaoke.

Pernikahan pertama pasien tidak tercatat secara hukum maupun agama dan menghasilkan dua orang anak. Hubungan tersebut diwarnai kekerasan fisik dan kurangnya tanggung jawab finansial dari suami pertama. Setelah berpisah pada 2023, kedua anak diasuh oleh ibu pasien di Batam. Pasien kemudian menjalani pernikahan kedua secara adat Bali dan memiliki seorang anak perempuan berusia satu tahun. Hubungan dengan suami kedua juga tidak sepenuhnya stabil. Suami menyampaikan bahwa pernikahan terjadi setelah pasien hamil dan bahwa dukungan keluarga terhadap pasien terbatas.

Sebelum sakit, pasien dikenal ceria dan memiliki banyak teman, tetapi cenderung menghindari orang yang membuatnya tidak nyaman. Ia sering memendam masalah, menolak membicarakan kesulitan, dan terkadang menganggap seolah-olah tidak ada masalah. Namun, pasien mudah marah apabila keinginannya tidak dituruti. Pola tersebut dipandang sebagai ciri kepribadian cemas menghindar dan emosional tidak stabil tipe ambang, dengan mekanisme pertahanan berupa represi, penyangkalan, dan acting out.

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum, tanda vital, status interna, dan neurologis sebagian besar dalam batas normal. Selama perawatan, pasien mengeluhkan nyeri dan pembengkakan rahang atas kiri. Pemeriksaan gigi menunjukkan abses maksila kiri akibat sisa akar gigi 26. Kondisi ini dinilai sebagai komorbid medis dan bukan penyebab utama gangguan psikososial maupun psikosis pasien.

III. Hasil Pembahasan

Pemeriksaan status mental pada fase awal perawatan menunjukkan penampilan yang dinilai tidak wajar, meskipun pasien cukup kooperatif dan dapat mempertahankan kontak verbal maupun visual. Kesadaran pasien jernih, orientasi baik, dan fungsi kognitif dasar relatif terpelihara. Mood didominasi iritabilitas dengan afek yang pada beberapa pemeriksaan digambarkan tumpul atau meluas dan tidak serasi dengan isi pembicaraan. Bentuk pikir bersifat nonlogis dan nonrealis, sedangkan arus pikir masih koheren. Isi pikir memperlihatkan waham curiga, waham kendali, dan ide bersalah.

Gangguan persepsi mencakup halusinasi auditorik tipe mengomentari, berdiskusi, memengaruhi, mengontrol, dan memerintah, serta halusinasi visual berupa sosok yang diyakini mengikuti pasien. Penilaian realitas, daya nilai sosial, dan uji daya nilai terganggu. Tilikan berada pada derajat dua, yaitu pasien menunjukkan ambivalensi terhadap keberadaan penyakitnya. Meskipun pasien mengenali bahwa dirinya dirawat karena kambuh dan marah-marrah, ia masih mengaitkan pengalaman psikosis dengan roh jahat atau perbuatan orang lain.

Dorongan instingtual menunjukkan insomnia tipe campuran, hipobulia, dan riwayat raptus. Kemampuan merawat diri menurun karena pasien harus diperintah untuk makan dan mandi. Pada saat pemeriksaan langsung, pengendalian impuls relatif baik karena pasien mampu duduk tenang dan mengikuti wawancara. Akan tetapi, terdapat riwayat peningkatan aktivitas motorik, kemarahan, pikiran memukul orang lain, serta perilaku agresif pada episode sebelumnya.

Pengukuran dengan Positive and Negative Syndrome Scale menunjukkan keparahan yang tinggi pada awal perawatan

[17]. Pada 3 Maret 2026, PANSS total tercatat 102, terdiri atas skor positif 32, negatif 20, dan psikopatologi umum 50. PANSS-EC pada awal masuk berada pada kisaran 4–5, yang sesuai dengan adanya eksitasi, iritabilitas, ketegangan, dan riwayat perilaku agresif. Temuan tersebut mendukung kebutuhan rawat inap dan pengendalian akut.

Berdasarkan gabungan anamnesis, heteroanamnesis, pemeriksaan status mental, dan perjalanan longitudinal, diagnosis utama ditegakkan sebagai gangguan skizoaftif tipe campuran. Diagnosis ini didasarkan pada munculnya gejala afektif campuran dan gejala skizofrenia yang sama-sama menonjol dalam episode yang sama. Gejala manik atau aktivasi afektif tampak melalui iritabilitas, perilaku marah-marrah, impulsivitas berbelanja, dan pengeluaran uang secara cepat. Gejala depresif tampak melalui kesedihan, menangis, rasa bersalah, penurunan nafsu makan, gangguan tidur, dan penurunan fungsi.

Bersamaan dengan gejala mood, pasien mengalami gejala skizofrenia berupa waham curiga, waham kendali, halusinasi auditorik, dan halusinasi visual. Isi gejala psikotik tidak selalu sesuai dengan suasana perasaan. Pasien meyakini adanya roh jahat, guna-guna, kontrol dari luar, dan orang lain yang ingin menyakiti keluarga. Inkongruensi antara mood dan isi psikosis memperkuat diagnosis skizoaftif dibandingkan gangguan bipolar episode campuran dengan gejala psikotik.

Skizofrenia paranoid dipertimbangkan sebagai diagnosis banding karena terdapat waham curiga, waham kendali, serta halusinasi auditorik dan visual yang menonjol. Namun, diagnosis tersebut disingkirkan karena gejala mood campuran juga dominan, menetap, dan memiliki signifikansi klinis yang jelas dalam episode yang sama. Gangguan afektif bipolar episode kini campuran juga dipertimbangkan. Akan tetapi, gejala psikotik pada pasien tidak sepenuhnya kongruen dengan mood, sehingga gangguan skizoaftif dinilai lebih sesuai.

Gangguan mental organik tidak didukung oleh temuan klinis. Tidak terdapat riwayat kejang, trauma kepala, stroke, penyakit imunologis, atau gangguan metabolik. Pemeriksaan neurologis dalam batas normal. Abses maksila kiri akibat sisa akar gigi 26 ditemukan selama perawatan, tetapi tidak memiliki hubungan temporal maupun kausal yang memadai dengan perjalanan gangguan psikotik selama tiga tahun. Oleh karena itu, abses gigi ditempatkan sebagai kondisi medis komorbid pada aksis III.

Ketidakpatuhan terhadap pengobatan ditegakkan karena pasien menghentikan obat setelah persediaan dari rawat inap sebelumnya habis, tidak datang kontrol, dan memilih pengobatan kepada orang pintar. Pasien hanya minum obat secara sporadis, kurang lebih dua kali seminggu, serta sulit diarahkan oleh suami. Penghentian pengobatan tersebut diikuti oleh kekambuhan gejala mood, halusinasi, waham, gangguan tidur, kemarahan, dan penurunan fungsi.

Formulasi multiaxial dalam laporan kasus mencatat aksis I berupa gangguan skizoaftif tipe campuran dan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Aksis II mencakup ciri kepribadian cemas menghindar dan emosional tidak stabil tipe ambang dengan mekanisme pertahanan represi, denial, dan acting out. Aksis III berupa abses maksila kiri akibat sisa akar gigi 26. Aksis IV mencakup masalah ketidakpatuhan dan kurangnya dukungan kelompok primer. GAF saat ini diperkirakan 21–30 karena terdapat hendaya berat dalam komunikasi, penilaian, fungsi keluarga, dan hampir seluruh bidang kehidupan. GAF satu tahun terakhir diperkirakan 71–80.

Pemeriksaan psikologis memberikan data pendukung mengenai dinamika kepribadian dan kemampuan adaptasi pasien. Pada House-Tree-Person, gambar dinilai mencerminkan kematangan emosi yang kurang sesuai dengan usia, pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan, kurangnya kehangatan maternal, figur ayah yang dipersepsikan keras, serta adanya kecemasan dan kebutuhan akan pertolongan. Tes Wartegg menggambarkan kesulitan dalam penyesuaian diri, regulasi emosi, pemecahan masalah, daya analisis-sintesis, pengendalian emosi, motivasi berkembang, dan hubungan sosial. Tes mengarang menunjukkan tulisan tanpa irama dan tanda baca yang teratur serta kecenderungan menumpahkan kecemasan dan isi hati ketika rasa tidak nyaman meningkat. Interpretasi tersebut merupakan bagian dari hasil pemeriksaan dalam laporan dan perlu dipahami sebagai data klinis pendukung, bukan penentu diagnosis tunggal.

Perjalanan selama rawat inap menunjukkan respons terapi yang cepat dan bermakna. Pada hari pertama, pasien masih iritabel, mengalami waham aktif, halusinasi auditorik dan visual, serta insomnia. Setelah pemberian terapi, PANSS-EC menurun menjadi 2 pada 4–5 Maret dan kemudian menjadi 1–2 sejak 6 Maret. Pada 5 Maret, PANSS total menurun dari 102 menjadi 36, dengan skor positif 8, negatif 8, dan psikopatologi umum 20.

Secara subjektif, pasien mulai mengatakan bahwa dirinya lebih tenang dan tidak lagi memiliki keinginan marah. Halusinasi auditorik dan visual tidak lagi dilaporkan. Pasien tidak mempunyai dorongan melukai diri maupun orang lain. Tidur membaik, nafsu makan kembali baik, dan pasien bersedia minum obat sesuai jadwal. Ia mulai mengakui bahwa ketidakpatuhan menjadi salah satu penyebab kekambuhan dan menyatakan membutuhkan dukungan dari suami.

Pada 7–10 Maret, pasien tetap tenang dan kooperatif. Ia masih sering menanyakan waktu pulang dan merindukan anaknya, tetapi tidak lagi menunjukkan gejala perilaku berbahaya. Mood pada beberapa pemeriksaan digambarkan hipotimik, afek menyempit, dan masih terdapat preokupasi ingin pulang. Waham dan halusinasi dicatat sebagai riwayat, bukan gejala aktif. Pada 10 Maret, pasien menerima injeksi paliperidon kerja panjang 150 mg.

Pada 11 Maret, pasien menyatakan kondisinya sudah sangat baik, tidak ingin marah, tidak mengalami halusinasi, dan tidak memiliki ide melukai diri atau orang lain. Pasien berjanji akan minum obat dan kontrol secara teratur. PANSS remisi tercatat 14, dengan skor positif 6, negatif 6, dan umum 2. Skor Simpson–Angus sebesar 1 menunjukkan efek samping ekstrapiramidal minimal pada saat evaluasi [18]. Perbaikan klinis tersebut memungkinkan pasien dipulangkan dengan rencana tindak lanjut rawat jalan.

IV. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dilakukan secara komprehensif dengan menggabungkan stabilisasi akut, terapi antipsikotik, stabilisator mood, pengendalian gangguan tidur, antipsikotik kerja panjang, psikoterapi suportif, psikoedukasi keluarga, terapi berfokus keluarga, dan penanganan komorbid gigi [4], [12]. Rawat inap dipilih karena pasien mengalami eksaserbasi gejala psikotik, iritabilitas, gangguan fungsi pengasuhan, riwayat agresivitas, insomnia, serta ketidakpatuhan pengobatan.

Pada fase awal di instalasi gawat darurat, pasien mendapat injeksi haloperidol 2,5 mg intramuskular dan diazepam 10 mg intravena secara bolus perlahan. Intervensi tersebut ditujukan untuk mengendalikan eksitasi, agitasi, ketegangan, dan risiko perilaku agresif [5], [13]. Setelah stabilisasi awal, olanzapin dihentikan dan terapi antipsikotik dialihkan menjadi risperidon 2 mg setiap 12 jam secara oral.

Pemilihan risperidon memungkinkan evaluasi respons dan tolerabilitas sebelum pemberian paliperidon kerja panjang. Risperidon diberikan untuk menurunkan waham, halusinasi, gangguan penilaian realitas, iritabilitas, dan perilaku tidak terorganisasi. Respons klinis dinilai melalui observasi harian, status mental, PANSS-EC, dan PANSS total. Selama perawatan, gejala psikotik aktif berkurang, pasien menjadi lebih tenang, dan halusinasi tidak lagi dilaporkan.

Asam valproat diberikan dengan dosis 500 mg pada pagi hari dan 250 mg pada malam hari. Obat ini digunakan sebagai stabilisator mood untuk menangani iritabilitas, labilitas afektif, impulsivitas, dan komponen mood campuran. Dalam konteks kasus, asam valproat berperan sebagai bagian penting dari terapi karena gangguan pasien tidak hanya terdiri atas psikosis, tetapi juga gejala manik dan depresif yang muncul bersamaan.

Lorazepam 2 mg diberikan pada malam hari untuk membantu mengatasi insomnia, kecemasan, dan ketegangan selama fase akut. Gangguan tidur merupakan gejala penting pada pasien karena berlangsung selama sekitar tiga bulan dan memberat sebelum masuk rumah sakit. Selama rawat inap, pola tidur pasien berangsur membaik. Pasien dapat tidur sejak pukul 21.00–23.00 WITA sampai pagi tanpa sering terbangun atau mengalami mimpi mengganggu.

Masalah utama dalam perjalanan pasien adalah ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Oleh karena itu, setelah respons terhadap risperidon dinilai baik, diberikan antipsikotik kerja panjang berupa injeksi paliperidon 150 mg pada 10 Maret 2026. Penggunaan sediaan kerja panjang dimaksudkan untuk mempertahankan paparan antipsikotik, mengurangi ketergantungan pada kepatuhan minum obat setiap hari, dan menurunkan risiko kekambuhan akibat penghentian obat secara sepihak. Strategi ini sangat relevan mengingat pasien berulang kali menghentikan obat setelah merasa membaik.

Menjelang pulang, dosis risperidon disesuaikan menjadi 1 mg pagi dan 2 mg malam. Asam valproat tetap diberikan 500 mg pagi dan 250 mg malam, sementara lorazepam 2 mg diteruskan pada malam hari. Evaluasi efek samping ekstrapiramidal dilakukan, dengan skor Simpson–Angus sebesar 1. Pemantauan lanjutan tetap diperlukan karena pasien menerima kombinasi antipsikotik oral dan antipsikotik kerja panjang selama fase transisi.

Penatalaksanaan nonfarmakologis mencakup psikoterapi suportif. Pasien diberikan kesempatan melakukan ventilasi emosional untuk mengungkapkan ketakutan, kesedihan, kemarahan, rasa bersalah, dan pengalamannya mendengar suara. Pendekatan suportif penting karena pasien memiliki kebiasaan memendam masalah, menghindari pembicaraan mengenai kesulitan, dan mengekspresikan tekanan melalui kemarahan atau acting out.

Sugesti terapeutik diberikan dengan menanamkan keyakinan bahwa gejala dapat membaik melalui pengobatan teratur dan keterlibatan aktif pasien. Reassurance dilakukan secara realistis dengan menekankan bahwa fungsi sebagai ibu dan pasangan dapat dipulihkan secara bertahap apabila pasien menjaga keteraturan pengobatan, tidur, kontrol, dan komunikasi dengan keluarga [19]. Pendekatan tidak diarahkan untuk memperdebatkan secara keras keyakinan pasien

mengenai roh jahat atau guna-guna, tetapi membantu pasien menghubungkan pengalaman tersebut dengan kondisi psikologis yang sedang ditangani.

Edukasi kepada pasien meliputi penjelasan mengenai diagnosis, hubungan antara gejala mood dan psikosis, tujuan obat, kemungkinan efek samping, faktor pencetus kekambuhan, tanda awal kekambuhan, serta kapan harus mencari pertolongan. Pasien dijelaskan bahwa penghentian obat setelah merasa membaik dapat menyebabkan gejala kembali muncul. Tanda peringatan yang perlu diperhatikan antara lain sulit tidur, mulai mendengar suara, merasa diikuti, meningkatnya kecurigaan, mudah marah, menelantarkan anak, menolak makan, dan tidak merawat diri.

Psikoedukasi kepada suami diarahkan pada pemahaman bahwa gangguan pasien bukan sekadar perilaku keras kepala atau kurangnya kemauan. Suami diminta membantu mengawasi obat, memastikan jadwal kontrol, mengenali tanda kekambuhan, dan membawa pasien ke layanan kesehatan sebelum gejala menjadi berat. Keluarga juga diberi pemahaman mengenai pentingnya dukungan emosional dan komunikasi yang tidak konfrontatif.

Terapi berfokus keluarga diterapkan sebagai prinsip untuk mengurangi konflik, memperbaiki komunikasi, dan menurunkan expressed emotion. Lingkungan keluarga dengan kritik tinggi, penolakan, konflik, atau keterlibatan emosional berlebihan dapat memperburuk stres dan meningkatkan risiko kekambuhan. Dalam kasus ini, terapi keluarga menjadi penting karena hubungan pasien dengan suami, ibu, mantan pasangan, anak tiri, dan anak-anaknya mengandung berbagai tekanan interpersonal.

Aspek budaya ditangani dengan pendekatan sensitif. Pasien dan keluarga memiliki pemaknaan spiritual terhadap gejala, termasuk keyakinan mengenai roh jahat dan penggunaan pengobatan orang pintar [10], [15], [16]. Tenaga kesehatan perlu menghormati latar keyakinan tersebut tanpa memperkuat waham pasien. Pengobatan tradisional dapat dibicarakan secara terbuka, tetapi tidak boleh menggantikan antipsikotik, stabilisator mood, dan kontrol psikiatri.

Komorbid abses maksila kiri akibat sisa akar gigi 26 ditangani melalui konsultasi dokter gigi. Pasien mendapat klindamisin 300 mg tiga kali sehari dan deksametason 0,5 mg dua kali sehari. Pencabutan gigi 26 direncanakan melalui rawat jalan. Menjelang pulang, nyeri dan pembengkakan telah berkurang serta pasien tidak lagi mengalami kesulitan mengunyah.

Rencana tindak lanjut meliputi kontrol psikiatri rutin, evaluasi respons dan jadwal injeksi antipsikotik kerja panjang, pemantauan efek samping, kepatuhan asam valproat dan risperidon, evaluasi kebutuhan lorazepam, serta pemantauan kondisi gigi. Pengawasan terhadap risiko agresivitas, ide bunuh diri, gangguan pengasuhan anak, penggunaan alkohol, konsumsi rokok, dan kualitas dukungan keluarga juga diperlukan.

V. Diskusi

Kasus ini memperlihatkan kompleksitas gangguan skizoafektif tipe campuran karena gejala psikotik dan afektif muncul secara bersamaan, sama-sama menonjol, serta menyebabkan hendaya berat. Diagnosis tidak semata-mata didasarkan pada adanya halusinasi dan waham. Penilaian juga harus mempertimbangkan gejala mood yang bermakna, yaitu iritabilitas, impulsivitas berbelanja, pengeluaran uang

berlebihan, kesedihan, menangis, rasa bersalah, gangguan tidur, penurunan nafsu makan, dan penurunan fungsi.

Gejala skizofrenia pada pasien meliputi waham curiga, waham kendali, halusinasi auditorik yang mengomentari dan berdiskusi, suara yang memengaruhi dan memerintah, serta halusinasi visual. Gejala tersebut tidak sepenuhnya dapat diterangkan oleh suasana perasaan. Keyakinan bahwa roh jahat mengontrol dirinya dan bahwa orang lain mengirim guna-guna tidak hanya muncul ketika pasien merasa sedih atau marah. Hal tersebut menunjukkan adanya psikosis yang memiliki tingkat kemandirian fenomenologis dari gejala afektif.

Skizofrenia paranoid menjadi diagnosis banding yang kuat karena gejala waham dan halusinasi sangat menonjol. Namun, dominannya gejala mood campuran membuat diagnosis skizofrenia paranoid kurang mampu menjelaskan keseluruhan gambaran klinis. Sebaliknya, gangguan bipolar episode campuran dengan gejala psikotik juga belum cukup menjelaskan kasus karena isi psikosis bersifat inkongruen dengan mood. Dengan demikian, gangguan skizoafektif tipe campuran menjadi formulasi yang paling sesuai dengan data dalam laporan.

Perjalanan longitudinal mendukung diagnosis gangguan jiwa berat dan berulang. Pasien telah mengalami gangguan selama sekitar tiga tahun dan beberapa kali dirawat di rumah sakit. Episode terdahulu mencakup kecurigaan berat, berbicara sendiri, keluyuran, halusinasi, dan perilaku memukul orang. Riwayat tersebut memperlihatkan bahwa gangguan tidak terbatas pada satu reaksi akut terhadap stres, tetapi memiliki pola kekambuhan dengan penurunan fungsi yang nyata.

Faktor pencetus paling jelas pada episode ini adalah ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Setelah perawatan pada Desember 2025, pasien tidak melanjutkan kontrol dan menghentikan obat ketika persediaan habis. Ia merasa telah membaik dan beralih ke pengobatan orang pintar. Kondisi tersebut menunjukkan rendahnya tilikan, terbatasnya pemahaman tentang sifat kronis gangguan, serta pengaruh explanatory model budaya terhadap keputusan terapi.

Ketidakpatuhan tidak dapat dipandang hanya sebagai kesalahan pasien. Perilaku tersebut kemungkinan terbentuk dari interaksi antara tilikan rendah, keyakinan spiritual, hubungan keluarga yang tidak stabil, kurangnya dukungan kelompok primer, riwayat pengobatan berulang, dan kemungkinan beban efek samping. Oleh karena itu, penanganan ketidakpatuhan memerlukan strategi yang lebih luas daripada sekadar mengingatkan pasien untuk minum obat.

Pemberian paliperidon kerja panjang merupakan langkah yang relevan dalam kasus ini. Pasien memiliki pola berulang menghentikan obat oral setelah merasa lebih baik. Sediaan kerja panjang dapat mengurangi frekuensi keputusan harian untuk minum obat dan mempermudah tenaga kesehatan memantau kesinambungan terapi. Namun, antipsikotik kerja panjang tetap harus disertai psikoedukasi, tindak lanjut, pemantauan efek samping, dan keterlibatan keluarga. Injeksi tidak akan sepenuhnya mengatasi masalah apabila pasien tidak hadir kontrol atau keluarga tidak mendukung.

Respons selama rawat inap menunjukkan bahwa gejala pasien cukup responsif terhadap terapi. PANSS total menurun dari 102 menjadi 36 dalam beberapa hari, PANSS-EC berkurang dari 4–5 menjadi 1–2, dan PANSS remisi mencapai 14 pada akhir perawatan. Secara klinis, pasien tidak lagi melaporkan halusinasi, tidak menunjukkan dorongan agresif, tidur dan makan membaik, serta mulai mengakui perlunya pengobatan. Perbaikan tersebut merupakan faktor prognosis yang menguntungkan.

Meskipun demikian, remisi selama lingkungan rawat inap belum menjamin kestabilan setelah pulang. Di rumah, pasien akan kembali menghadapi konflik interpersonal, tuntutan pengasuhan anak, keterbatasan ruang tinggal, hubungan yang kurang stabil dengan suami, dan kemungkinan keinginan kembali ke lingkungan sosial lamanya di Batam. Karena itu, keberhasilan terapi harus dinilai berdasarkan keberlanjutan fungsi dan kepatuhan, bukan hanya hilangnya halusinasi selama perawatan.

Formulasi psikodinamika mengaitkan kesulitan pasien dengan fase intimacy versus isolation pada masa dewasa muda. Pasien mengalami hubungan intim yang tidak stabil, kekerasan dalam pernikahan pertama, perpisahan dari anak, dan pernikahan kedua yang berlangsung dalam situasi kehamilan serta tidak tercatat secara hukum. Pengalaman tersebut dapat berkontribusi terhadap rasa tidak aman, kesulitan mempercayai orang lain, kebutuhan emosional yang tidak terpenuhi, dan sensitivitas terhadap penolakan.

Pengalaman masa kanak-kanak juga relevan. Pasien menggambarkan ayah sebagai figur dekat tetapi keras dan menghukum secara fisik. Ibu sering memarahi pasien dan kemudian tidak sanggup merawatnya ketika penyakit berkembang. Pola relasi ini mungkin berhubungan dengan kesulitan regulasi emosi, kecenderungan memendam konflik, menghindari pembicaraan emosional, dan meluapkan tekanan melalui kemarahan. Namun, data tersebut sebaiknya dipahami sebagai formulasi psikologis, bukan sebagai penyebab tunggal gangguan skizoafektif.

Ciri kepribadian cemas menghindar dan emosional tidak stabil tipe ambang dalam laporan mencerminkan pola menghindari ketidaknyamanan, sensitivitas interpersonal, kemarahan ketika keinginan tidak dipenuhi, dan kesulitan mengendalikan emosi. Mekanisme represi dan denial tampak ketika pasien memendam masalah atau menganggap tidak ada masalah. Acting out terlihat melalui perilaku marah, impulsif, atau agresif sebagai ekspresi konflik yang tidak dapat diolah secara verbal.

Dimensi sosial pasien sangat bermakna. Ia terpisah dari dua anak dari pernikahan pertama, memiliki hubungan buruk dengan mantan suami, dukungan ibu terbatas, hubungan dengan suami kedua ambivalen, dan tinggal dalam ruang kos yang sempit bersama suami dan anak. Pasien juga mengalami penurunan peran sebagai ibu rumah tangga. Rasa bersalah karena tidak mampu mengurus keluarga dapat memperburuk gejala depresif, sementara konflik dengan suami dapat meningkatkan iritabilitas dan perilaku agresif.

Aspek budaya merupakan salah satu inti kasus. Pasien memaknai halusinasi dan waham sebagai kerasukan roh jahat serta guna-guna. Dalam masyarakat yang mengakui keberadaan pengalaman spiritual, batas antara keyakinan budaya dan gejala psikotik harus dievaluasi secara hati-hati. Pada kasus ini, keyakinan tersebut dianggap patologis karena bersifat sangat personal, disertai gangguan penilaian realitas, menyebabkan penderitaan, memicu kemarahan, dan mengganggu fungsi sehari-hari.

Pendekatan budaya yang tepat bukan dengan mengejek atau menolak keyakinan pasien, karena sikap konfrontatif dapat merusak aliansi terapeutik. Klinisi dapat mengakui bahwa pasien memahami pengalaman tersebut sebagai gangguan spiritual, kemudian menjelaskan bahwa stres, gangguan tidur, perubahan suasana perasaan, dan gangguan fungsi otak juga dapat menimbulkan suara atau bayangan yang terasa nyata. Dengan cara ini, pasien tidak dipaksa

meninggalkan identitas budayanya, tetapi tetap diarahkan untuk menjalani pengobatan medis.

Keterlibatan suami sangat penting, tetapi hubungan tersebut juga mengandung ambivalensi. Suami berperan membawa pasien ke rumah sakit dan dapat menjadi pengawas terapi. Namun, terdapat informasi bahwa pernikahan tidak sepenuhnya didasari keinginan bersama dan bahwa suami merawat pasien karena tekanan keluarga. Kondisi ini dapat mengurangi kualitas dukungan emosional. Oleh karena itu, family-focused therapy diperlukan untuk memperbaiki komunikasi dan mengurangi kritik, penolakan, maupun konflik.

Temuan tes psikologis dalam laporan menunjukkan ketidakmatangan emosi, kecemasan, kebutuhan akan pertolongan, kesulitan adaptasi, regulasi emosi, pemecahan masalah, dan hubungan sosial. Temuan tersebut konsisten dengan gambaran klinis, tetapi harus digunakan secara proporsional. Interpretasi tes proyektif tidak menggantikan anamnesis longitudinal, observasi, dan pemeriksaan status mental. Fungsinya terutama untuk memperkaya pemahaman mengenai pengalaman subjektif dan dinamika pasien.

Komorbid abses gigi juga menunjukkan pentingnya pemeriksaan fisik menyeluruh pada pasien psikiatri. Keluhan somatik tidak boleh secara otomatis dianggap bagian dari psikosis. Pada pasien ini, pembengkakan maksila kiri ternyata berkaitan dengan sisa akar gigi 26 dan membutuhkan antibiotik, antiinflamasi, serta rencana pencabutan. Penanganan kondisi fisik turut meningkatkan kenyamanan pasien dan mendukung proses pemulihan.

Prognosis dinilai dubia ad bonam untuk kehidupan, fungsi, dan kesembuhan. Faktor yang mendukung meliputi sikap kooperatif, akses layanan kesehatan, tidak adanya penyakit fisik berat yang mendasari psikosis, tidak ditemukannya riwayat keluarga gangguan mental, dan respons pengobatan yang baik. Faktor yang memperberat meliputi ciri kepribadian, mekanisme pertahanan yang kurang matang, dukungan primer terbatas, dan ketidakpatuhan pengobatan.

Secara keseluruhan, kasus ini menegaskan bahwa gangguan skizoafektif tipe campuran membutuhkan pendekatan biopsikososial-budaya yang terintegrasi. Farmakoterapi efektif mengurangi gejala akut, tetapi keberhasilan jangka panjang sangat bergantung pada kepatuhan, hubungan terapeutik, keterlibatan keluarga, pemantauan antipsikotik kerja panjang, penanganan stresor relasi, dan komunikasi yang sensitif terhadap budaya. Pencegahan kekambuhan harus menjadi sasaran utama setelah pasien mencapai remisi simptomatik.

Ucapan Terima Kasih

Dibawakan pada Pertemuan Ilmiah Bagian Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Denpasar, dibimbing oleh Dr. Luh Nyoman Alit Aryani, dr.,Sp.K.J.,Subsp.Ad.(K)

Dokter Residen yang sedang mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis-I Program Studi Kedokteran Jiwa di RSUP Prof Dr. I. G. N. G. Ngoerah.

Referensi

- [1] World Health Organization, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1992.

- [2] G. S. Malhi, M. Green, A. Fagiolini, E. D. Peselow, and V. Kumari, "Schizoaffective disorder: Diagnostic issues and future recommendations," *Bipolar Disorders*, vol. 10, no. 1, pt. 2, pp. 215–230, 2008, doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00564.x.
- [3] A. Murru, I. Pacchiarotti, A. M. Nivoli, et al., "What we know and what we don't know about the treatment of schizoaffective disorder," *European Neuropsychopharmacology*, vol. 21, no. 9, pp. 680–690, 2011, doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.03.001.
- [4] G. A. Keepers, L. J. Fochtmann, J. M. Anzia, et al., "The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia," *American Journal of Psychiatry*, vol. 177, no. 9, pp. 868–872, 2020, doi: 10.1176/appi.ajp.2020.177901.
- [5] American Psychiatric Association, *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia*, 3rd ed. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association Publishing, 2021.
- [6] K. Higashi, G. Medic, K. J. Littlewood, T. Diez, O. Granström, and M. De Hert, "Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review," *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, vol. 3, no. 4, pp. 200–218, 2013, doi: 10.1177/2045125312474019.
- [7] K. L. Subotnik, K. H. Nuechterlein, J. Ventura, et al., "Risperidone nonadherence and return of positive symptoms in the early course of schizophrenia," *American Journal of Psychiatry*, vol. 168, no. 3, pp. 286–292, 2011, doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09010087.
- [8] D. I. Velligan, M. Sajatovic, M. Hatch, P. Kramata, and J. A. Docherty, "Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness," *Patient Preference and Adherence*, vol. 11, pp. 449–468, 2017, doi: 10.2147/PPA.S124658.
- [9] R. McCabe and S. Priebe, "Explanatory models of illness in schizophrenia: Comparison of four ethnic groups," *British Journal of Psychiatry*, vol. 185, no. 1, pp. 25–30, 2004, doi: 10.1192/bjp.185.1.25.
- [10] S. Heckers, "Is schizoaffective disorder a useful diagnosis?" *Current Psychiatry Reports*, vol. 11, no. 4, pp. 332–337, 2009, doi: 10.1007/s11920-009-0048-3.
- [11] D. F. Levinson, A. Umapathy, and J. Musthaq, "Treatment of schizoaffective disorder and schizophrenia with mood symptoms," *American Journal of Psychiatry*, vol. 156, no. 8, pp. 1138–1148, 1999, doi: 10.1176/ajp.156.8.1138.
- [12] National Institute for Health and Care Excellence, *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings*, NICE Guideline NG10. London, U.K.: NICE, 2015.
- [13] D.-J. Fu, I. Turkoz, R. B. Simonson, et al., "Paliperidone palmitate once-monthly reduces risk of relapse of psychotic, depressive, and manic symptoms and maintains functioning in a double-blind, randomized study of schizoaffective disorder," *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 76, no. 3, pp. 253–262, 2015, doi: 10.4088/JCP.14m09416.
- [14] M. A. Subandi, A. Praptomojati, C. R. Marchira, M.-J. D. Good, and B. J. Good, "Cultural explanations of psychotic illness and care-seeking of family caregivers in Java, Indonesia," *Transcultural Psychiatry*, vol. 58, no. 1, pp. 3–13, 2021, doi: 10.1177/1363461520916290.
- [15] M. Ghanem, A. Gad, A. Elwasify, and A. H. El-Hadidy, "The role of culture on the phenomenology of hallucinations and delusions, explanatory models, and help-seeking attitudes: A narrative review," *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 31, no. 4, pp. 185–198, 2023.
- [16] S. R. Kay, A. Fiszbein, and L. A. Opler, "The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia," *Schizophrenia Bulletin*, vol. 13, no. 2, pp. 261–276, 1987, doi: 10.1093/schbul/13.2.261.
- [17] G. M. Simpson and J. W. Angus, "A rating scale for extrapyramidal side effects," *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, vol. 45, suppl. 212, pp. 11–19, 1970, doi: 10.1111/j.1600-0447.1970.tb02066.x.
- [18] National Institute for Health and Care Excellence, *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Prevention and Management*, Clinical Guideline CG178. London, U.K.: NICE, 2014, reviewed Jul. 2025.
- [19] O. O. Ayinde, O. Fadahunsi, L. Kola, et al., "Explanatory models, illness, and treatment experiences of patients with psychosis using the services of traditional and faith healers in three African countries: Similarities and discontinuities," *Transcultural Psychiatry*, vol. 60, no. 3, pp. 521–536, 2023, doi: 10.1177/13634615211064370.