

GANGGUAN SKIZOAFEKTIF TIPE MANIK : SEBUAH LAPORAN KASUS

A.A. Gede Ocha Rama Kharisma Putra, S.Ked
Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali.

ABSTRAK

Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik yang persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana (*mood disorder*) seperti depresi, manik, atau episode campuran. Gangguan skizoafektif diperkirakan terjadi lebih sering daripada gangguan bipolar. Suatu gangguan psikotik dengan gejala-gejala skizofrenia dan manik sama-sama menonjol dalam satu episode penyakit yang sama. Pada laporan ini menguraikan tentang kasus “Gangguan Skizoafektif Tipe Manik” pada perempuan berusia 42 tahun. Pasien ini mendapatkan terapi yaitu farmakoterapi berupa Carbamazepine 2x200 mg per oral dan Stelazine 2x5 mg per oral.

Kata kunci: skizoafektif, *mood*

SCHIZOAFFECTIVE DISORDER WITH MANIC TYPE : A CASE REPORT

ABSTRACT

Schizoaffective disorder is a disease with persistent psychotic symptoms, such as hallucinations or delusions, occurs together with mood disorder such as depression, manic, or mixed episodes. Schizoaffective disorder is estimated to occur more frequently than bipolar disorder. A psychotic disorder with symptoms of schizophrenia and manic air equally prominent in one episode of the same disease. This report describes the case of b schizoaffective disorder with manic type in women aged 42 years. These patients get therapy is pharmacotherapy Carbamazepine 2x200 mg orally and Stelazine 2x5 mg orally.

Keywords: schizoaffective, mood

PENDAHULUAN

Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik yang persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana (*mood disorder*) seperti depresi, manik, atau episode campuran. Statistik umum gangguan ini yaitu kira-kira 0,2% di Amerika Serikat dari populasi umum dan sampai sebanyak 9% orang dirawat di rumah sakit karena gangguan ini. Gangguan skizoafektif diperkirakan terjadi lebih sering daripada gangguan bipolar. (Melliza, 2013).

Prevalensi pada pria lebih rendah daripada wanita. Onset umur pada wanita lebih besar daripada pria, pada usia tua gangguan skizoafektif tipe depresif lebih sering sedangkan untuk usia muda lebih sering gangguan skizoafektif tipe bipolar. Laki-laki dengan gangguan skizoafektif kemungkinan menunjukkan perilaku antisosial. (Melliza, 2013).

Diagnosis gangguan skizoafektif hanya dibuat apabila gejala-gejala definitif adanya skizofrenia dan gangguan afektif bersama-sama menonjol pada saat yang bersamaan, atau dalam beberapa hari sesudah yang lain, dalam episode yang sama. Sebagian diantara pasien gangguan skizoafektif mengalami episode skizoafektif berulang, baik yang tipe manik, depresif atau campuran keduanya. (Ken Duckworth, 2012).

Suatu gangguan psikotik dengan gejala-gejala skizofrenia dan manik yang sama-sama menonjol dalam satu episode penyakit yang sama. Gejala-gejala afektif diantaranya yaitu elasi dan ide-ide kebesaran, tetapi kadang-kadang kegelisahan atau iritabilitas disertai oleh perilaku agresif serta ide-ide kejaran. Terdapat peningkatan enersi, aktivitas yang berlebihan, konsentrasi yang terganggu, dan hilangnya hambatan norma sosial. Waham kebesaran, waham

kejaran mungkin ada. Gejala skizofrenia juga harus ada, antara lain merasa pikirannya disiarkan atau diganggu, ada kekuatan-kekuatan yang sedang berusaha mengendalikannya, mendengar suara-suara yang beraneka ragam atau menyatakan ide-ide yang bizarre. Onset biasanya akut, perilaku sangat terganggu, namun penyembuhan secara sempurna dalam beberapa minggu. (Rusdi Maslim, 2013)

Beberapa data menunjukkan bahwa gangguan skizofrenia dan gangguan afektif mungkin berhubungan secara genetik. Ada peningkatan resiko terjadinya gangguan skizofrenia diantara keluarga dengan gangguan skizoafektif (Jibson, 2011).

Pengobatan untuk dengan gangguan skizoafektif merespon baik terhadap pengobatan dengan obat antipsikotik yang dikombinasikan dengan obat mood stabilizer atau pengobatan dengan antipsikotik saja. Untuk orang gangguan skizoafektif dengan tipe manik, menggabungkan obat antipsikotik dengan *mood stabilizer* cenderung bekerja dengan baik. Karena pengobatan yang konsisten penting untuk hasil terbaik, psiko-edukasi pada penderita dan keluarga, serta menggunakan obat *long acting* bisa menjadi bagian penting dari pengobatan pada gangguan skizoafektif. (Melliza, 2013).

ILUSTRASI KASUS

Pasien perempuan, 42 tahun, agama Hindu, suku Bali, bangsa Indonesia, pendidikan tamat SMP, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, sudah menikah, datang ke Poliklinik Psikiatri RSUP Sanglah (04/10/2013) untuk kontrol obat habis. Pasien mengatakan maksud kedatangannya karena obat habis. Obat pasien dikatakan habis dan minum obat terakhir kemarin malam. Obat yang diminum pasien adalah

stelazine dan Carbamazepin sebanyak 2 kali sehari yaitu pada pagi hari dan malam hari sebelum tidur. Pasien mengatakan minum obatnya sendiri, suaminya hanya mengingatkan pasien setiap mau minum obat tanpa mengawasinya. Pasien sudah minum obat tersebut selama 13 tahun terakhir dan efek yang dirasakan sudah baik. Pasien mengaku perasaannya saat ini “biasa saja”, dan hanya ingin kontrol karena obat pasien habis. Pemeriksa kembali melanjutkan pertanyaan mengenai perasaan yang biasa – biasa saja itu seperti apa, apakah senang atau sedih, pasien menjawab “saya senang dan bahagia”, pasien mengatakan hal tersebut dengan memperlihatkan cincin di jari – jari tangannya dengan mimik muka yang nampak takut dan curiga terhadap pemeriksa dan sekeliling karena beberapa kali mengamati ruang pemeriksaan.

Pasien merasa dirinya memiliki mata batin yang dapat berhubungan dengan dunia niskala. Pasien mengatakan hanya dirinya di keluarga yang memiliki kekuatan seperti tersebut. Hal itu disebabkan karena pasien mempelajari buku “Kanda Pat” yang didapat dari lemari milik ayah pasien. Menurut pasien buku tersebut sangat bagus karena mengajarkan tentang kehidupan. Saat wawancara pasien berkata kalau dirinya sedang berhubungan dengan dunia niskala, ketika pemeriksa menanyakan bagaimana cara berhubungan dengan dunia niskala sedangkan pasien masih duduk di ruang periksa. Pasien mengatakan kalau hanya dirinya saja yang merasa dan seperti yang dibilang tadi hanya dirinya yang memiliki kekuatan tersebut dan yang lain tidak memiliki apalagi pemeriksa. Pasien kemudian bertanya kepada pemeriksa kenapa bertanya tanya tentang kekuatannya?, pasien nampak curiga dan berkata “apa dokter mau menteror

saya?”. Pasien mengatakan kalau dirinya sering diteror oleh orang yang tidak diketahui keberadaannya karena kekuatan yang dia miliki tersebut. Pasien tidak ingin orang lain mengambil kekuatannya.

Pasien menjelaskan bahwa dirinya juga memiliki kemampuan untuk mendengar suara-suara berupa *pawisik* yang tidak didengar oleh orang lain, pasien tidak mengetahui secara jelas mengapa dia memiliki kekuatan tersebut. Keluhan tersebut mulai dirasakan sejak pertengahan tahun 1987. pada saat itu pasien mengalami banyak masalah yaitu ibu pasien meninggal secara mendadak, pasien mengatakan ibunya tidak sakit apapun, namun tiba-tiba ditemukan meninggal. Belum lama ibunya meninggal ayahnya menikah kembali dengan wanita lain, pasien mengaku tidak cocok dengan ibu barunya dan menjadi sering bertengkar dengan ayahnya akibat kehadiran ibu barunya tersebut. Sejak saat itu pasien mulai mendengar suara-suara yang berkatakata kasar dan tidak menyenangkan tentang dirinya. Pasien mendengar suara tersebut di kedua telinganya. pasien pada saat itu merasa bahwa suara tersebut membicarakan pasien. Pasien mendengar suara-suara tersebut setiap malam dan lama kelamaan suara tersebut semakin sering terdengar sampai akhirnya suara tersebut sepanjang hari bergema di kepala pasien. Hal tersebut sangat mengganggu pasien hingga akhirnya pasien berhenti bersekolah. Pasien merasa sering curiga terhadap lingkungan sekitar karena terpengaruh oleh suara yang pasien dengar dimana pasien suara-suara tersebut seperti membicarakan pasien. Setelah minum obat karena suara yang mengganggu pasien tersebut, dikatakan suara-suara tersebut semakin jarang didengar pasien.

Pasien mengatakan mendengar lagi suara – suara tersebut sejak seminggu

yang lalu. Suara – suara tersebut seperti ada suara laki-laki dan perempuan yang saling berbincang-bincang, mengenai dirinya dan seperti menteror dirinya, pasien tidak mau menjelaskan lebih lanjut tentang suara tersebut. Walaupun pasien masih mendengar suara-suara yang sangat mengganggu aktivitasnya, pasien tidak pernah merasakan putus asa dan tidak pernah ada keinginan untuk mengakhiri hidupnya. Pasien mengatakan saat ini juga kadang-kadang melihat makhluk-makhluk halus seperti pocong dan rangda, namun saat ditanya dimana melihat bayangan tersebut, pasien mengatakan “saya saja yang dapat melihat dokter, karena saya mempunyai mata batin” dan tidak mau menjelaskannya lebih jelas. Selain itu pasien tidak pernah mencium bau atau aroma makhluk halus tersebut, tidak pernah bisa merasakan atau menyentuh makhluk tersebut hanya bisa di dengar suara dan dilihat wujudnya saja.

Karena kejadian tersebut, tidur pasien mengalami gangguan. Tidur pasien dikatakan mengalami gangguan sejak 2 hari terakhir dan keluhan tersebut dikatakan menetap sampai saat ini. Pasien mengatakan susah memulai tidur, “saya biasanya tidur jam 10 malam, tetapi 2 hari terakhir ini saya tidur mulai jam 12 malam” karena merasa sangat diganggu oleh suara tersebut, “saya dulu sempat seperti gini tetapi sudah lama”. Menurut pasien suara tersebut mengganggu pasien lagi kemungkinan karena dirinya sempat lupa minum obat dua hari karena sibuk membuat banten untuk hari raya Galungan. Meskipun pasien baru bisa tidur jam 12 malam, pasien bangun pagi pukul 06.00 dan merasa segar., Diantara jam 12 malam sampai bangun tidur pasien tidak ada terbangun. Saat pasien tidak bisa tidur, pasien biasanya berdoa dalam hati sambil mencoba menutup mata. Pasien sehari mandi sebanyak 2 kali pada pagi

hari sebelum mengantarkan anaknya ke sekolah dan sore hari sebelum dirinya mebanten. Pasien mandi atas kemauannya sendiri. Nafsu makan pasien dikatakan baik, pasien sehari makan 3- 4 kali dan mengambilnya sendiri jika lapar. Pasien tidak pernah mengamuk atau gelisah di rumah tanpa sebab.

Akibat sering mendengar suara-suara tersebut maka pasien sempat dibawa ke RSUD Wangaya, lalu dirujuk ke RSJ Bangli pada tahun 1989. Selama ini pasien sudah pernah dirawat inap di RSJ Bangli sebanyak 8 kali, namun semenjak 13 tahun terakhir pasien hanya rawat jalan di RSUP Sanglah. Selain dibawa ke RS pasien juga sempat dibawa ke balian oleh ayahnya. Di Balian dikatakan dirinya terkena pengaruh ilmu hitam, karena pasien tidak mendapat perubahan selama ke balian, pasien tetap memutuskan berobat ke RSUP Sanglah.

Pasien bersekolah hingga kelas 1 SMA tetapi putus sekolah. Pasien mengatakan putus sekolah sejak ibunya meninggal tiba – tiba tanpa sakit sebelumnya. Pasien merasa sedih saat itu, apalagi ayahnya menikah lagi dengan wanita muda. Hubungan pasien dengan ibu barunya tidak baik. Pasien juga mengatakan sempat bekerja sebagai tukang jarit *textile* selama setahun. Tetapi karena pasien memiliki masalah tersebut, akhirnya pasien mermutuskan diri untuk berhenti.

Pasien mengatakan sejak kecil kurang suka bergaul, dan pasien lebih senang menyendiri di rumah daripada keluar rumah. Pasien juga mengatakan jika ada masalah, ia biasanya melempar – lemparkan barangnya sendiri tanpa melukai dirinya sendiri dan orang lain. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya lebih suka memendam masalahnya sendiri tanpa menceritakannya kepada orang lain. Ketika ditanyakan apakah

pasien memiliki riwayat menggunakan obat-obatan terlarang, minum minuman beralkohol atau merokok, pasien menjawab tidak ada. Pasien mengatakan minum kopi tiga kali sehari, pagi, siang, dan sore. Pasien merupakan anak ketiga dari empat bersaudara, tetapi kakaknya nomor dua dan adiknya nomor empat meninggal karena keguguran. Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes mellitus, maupun asma. Dari awal sampai akhir wawancara, pasien nampak duduk tenang tidak nampak gelisah.

Berdasarkan heteroanamnesis pada suami pasien yang juga dilakukan di poliklinik Psikiatri RSUP Sanglah. Suami pasien sangat kooperatif dalam menceritakan keadaan pasien. Menurut suaminya, pasien dikeluhkan karena mendengar suara – suara dan melihat bayangan sejak seminggu terakhir. Suara-suara tersebut dikatakan hanya dirinya saja yang bisa mendengar dan orang lain tidak bisa mendengarnya. Selain mendengar suara – suara, pasien juga dikatakan melihat bayangan bayangan seperti rangda dan pocong di kamarnya dengan mata batinnya. Hal tersebut sangat mengganggu pasien sehingga dalam dua hari terakhir pasien dikatakan susah memulai tidur.

Suami pasien tidak mengetahui secara pasti tentang awal mulanya pasien sakit, karena dirinya mengenali pasien 13 tahun yang lalu setelah pasien rutin kontrol ke poliklinik Psikiatri. Namun pasien sering bercerita tentang ibu kandungnya yang meninggal saat pasien masih bersekolah, lalu tidak cocok dengan ibu barunya dan sering bertengkar dengan ayahnya. Pasien juga sudah menikah sebelumnya selama 5 tahun, dan ditinggal oleh suami pertamanya karena sakit yang diderita pasien. Banyaknya masalah yang dihadapi pasien membuat pasien sering berpikir curiga terhadap orang yang baru

dikenalnya. Pasien sebelum sakit kesehariannya bersifat emosional, cepat terpancing emosinya bila mendapatkan masalah walaupun hanya masalah kecil. Selain bersifat emosional, pasien juga melampiaskan kekesalannya dengan cara melempar – lemparkan barang tetapi tidak sampai menyakiti diri dan orang lain di sekitar.

Suami pasien tidak mengetahui kehidupan masa kecil pasien, dan pasien juga tidak pernah menceritakan kepada dirinya, pasien hanya sering mengatakan dirinya sangat dekat dengan ibunya dan sangat menyayangi ibunya. Pasien sempat sekolah hingga kelas 1 SMA namun terputus karena masalah yang dihadapi tersebut. Saat ini pasien hanya tinggal dengan suaminya dan sangat jarang bertemu dengan ayahnya. Ayahnya saat ini berada di daerah Suung di sebuah Losmen yang dimilikinya bersama ibu dan saudara tirinya.

Suami pasien mengatakan sempat beberapa kali harus pindah rumah kontrakan karena bertengkar dan tidak cocok dengan tetangga disekitar. Pasien saat ini belum mau bekerja karena masih trauma untuk bertemu dan bekerja di tempat orang lain, karena sebelumnya pasien pernah bekerja sebagai penjarit di perusahaan *textile* tapi berhenti karena bertengkar dengan rekan kerjanya, sehingga saat ini pasien memutuskan untuk bekerja di rumah saja dan merawat anaknya yang masih SD. Pasien juga tidak mau bergaul dengan lingkungan sekitar sehingga hubungan pasien dengan tetangga tidak begitu baik, pasien jarang mau membantu tetangga jika memiliki suatu acara atau kegiatan. Keluhan dan kondisi pasien seperti ini terus menerus berlangsung tidak ada kondisi dimana pasien bisa bergaul atau bekerja dengan baik.

Saat ditanya bagaimana nafsu makan pasien, menurut suaminya tidak ada masalah dengan nafsu makannya pasien

makan 3 kali sehari. Pasien dikatakan tidak memiliki riwayat merokok ataupun minum – minuman alkohol. Pasien minum kopi 3 kali sehari pada pagi, siang, dan sore hari. Saat ditanya kepatuhan minum obat, suami pasien mengatakan bahwa istrinya teratur minum obat tetapi tidak ada yang mengawasinya ketika minum obat. Suaminya hanya sekadar mengingatkan istrinya minum obat setiap hari tanpa mengawasinya. Riwayat tekanan darah tinggi, asma, kencing manis, disangkal oleh suaminya. Pada riwayat keluarga, dikatakan bahwa kakak kandung istrinya memiliki riwayat gangguan jiwa dimana kakaknya tersebut dulu sempat keluar rumah dan berbicara sendiri tanpa menggunakan pakaian. Kakak kandungnya tersebut tidak pernah dibawa ke dokter dan saat ini dikatakan berada di kampung bersama keluarga istrinya. Selain kakak kandungnya, dikatakan pula anak kandung dari suami pertamanya juga dikatakan mengalami gangguan jiwa. Dikatakan saat ini anaknya tersebut dirawat di RSJ Bangli karena dikeluhkan sering berteriak – teriak sendiri.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan Pada pemeriksaan didapatkan status interna dan status neurologis dalam batas normal. Status psikiatri didapatkan penampilan wajar, rona muka tampak gembira, kontak verbal dan visual cukup, mood euforia, afek inappropriate, bentuk pikir logis realis, arus pikir koheren, isi pikir waham kebesaran dan curiga ada, pada dorongan instingtual didapatkan ada riwayat insomnia dan raptus, serta pasien tenang saat pemeriksaan.

Diagnosis multiaxial pasien adalah axis I: Gangguan Skizoafektif Tipe Manik (F25.0), axis II: ciri kepribadian emosional tidak stabil, axis III: tidak ada diagnosis, axis IV: masalah dengan *primary support group* (ibu tirinya), axis V: GAF setahun 60-51 dan GAF saat ini

60-51. Pasien mendapatkan terapi yaitu farmakoterapi berupa Carbamazepine 2x200 mg per oral dan Stelazine 2x5 mg per oral.

DISKUSI

Gangguan skizoafektif yaitu suatu gangguan jiwa yang gejala skizofrenia dan gejala afektif terjadi bersamaan dan sama-sama menonjol. Onset yang tiba-tiba pada masa remaja, terdapat stresor yang jelas serta riwayat keluarga berpeluang untuk menderita gangguan skizoafektif. Prevalensi lebih banyak pada wanita. Berdasarkan *national comorbidity study*, didapatkan bahwa, 66 orang yang di diagnosa skizofrenia, 81% pernah di diagnosa gangguan afektif yang terdiri dari 59% depresi dan 22% gangguan bipolar.

Kriteria dignostik untuk gangguan skizoafektif yaitu terdapat gejala skizofrenia dan gejala gangguan afektif sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain tetapi masih dalam satu episode penyakit yang sama. Diagnosa gangguan ini tidak ditegakkan untuk pasien yang menampilkan gejala skizofrenia dan gangguan perspektif tetapi dalam episode penyakit yang berbeda. Gangguan mood yaitu kelainan fundamental dari kelompok gangguan ini yaitu gangguan suasana perasaan yang biasanya mengarah ke depresi atau ke arah elasi.

Gangguan skizoafektif yaitu gejala skizofrenia dan gangguan afektif sama-sama menonjol atau dalam beberapa hari sesudah yang lain, tetapi dalam satu episode penyakit (tidak memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia maupun gangguan afektif). Pedoman diagnosis gangguan skizoafektif tipe manik berdasarkan PPDGJ-III yaitu 1). Kategori ini digunakan baik untuk episode skizofrenia tipe manik yang tunggal maupun untuk gangguan

berulang dengan sebagian besar episode skizoafektif tipe manik. 2). Afek harus meningkat secara menonjol atau ada peningkatan afek yang tidak begitu menonjol dikombinasi dengan iritabilitas atau kegelisahan yang memuncak. 3). Dalam episode yang sama harus jelas ada sedikitnya satu atau lebih baik lagi dua, gejala skizorenia yang khas. Pemeriksaan status psikiatri pada pasien ditemukan didapatkan penampilan wajar, roman muka tampak gembira, kontak verbal dan visual cukup, mood euforia, afek inappropriate, bentuk pikir logis realis, arus pikir koheren, isi pikir waham kebesaran dan curiga ada, pada dorongan instingtual didapatkan ada riwayat insomnia dan raptus. Dari gejala di atas, pasien memenuhi kriteria skizoprenia yaitu adanya waham kebesaran dan curiga, afek yang inappropriate sehingga dapat digolongkan skizoprenia. Disamping itu, juga tampak adanya gejala gangguan mood yaitu muka tampak gembira, mood euforia, berpakaian yang aneh sehingga berdasarkan PPDGJ-III tampak adanya gejala skizofrenia bersamaan dengan gangguan mood sehingga didiagnosis sebagai “Skizoafektif Tipe Manik” (F25.0). (Rusdi Maslim, 2013).

Farmakoterapi untuk mengatasi gejala skizoafektif tipe manik yaitu pengobatan dengan obat antipsikotik yang dikombinasikan dengan obat *mood stabilizer* atau pengobatan dengan antipsikotik saja. Pada kasus ini, pasien diberikan carbamazepin dan stelazine. Carbamazepine adalah obat antikejang yang digunakan sebagai *stabilizer mood*. Cara kerja *mood stabilizer* yaitu membantu menstabilkan kimia otak tertentu yang disebut neurotransmitters yang mengendalikan temperamen emosional dan perilaku dan menyeimbangkan kimia otak tersebut sehingga dapat mengurangi gejala gangguan kepribadian borderline. Efek

samping carbamazepine dapat menyebabkan mulut kering dan tenggorokan, sembelit, kegoyangan, mengantuk, kehilangan nafsu makan, mual, dan muntah. Karbamazepin tidak boleh digunakan bersama dengan inhibitor monoamine oxidase (MAOIs). Hindari minum alkohol saat mengambil carbamazepine. Hal ini dapat meningkatkan beberapa efek samping carbamazepine yaitu dapat meningkatkan risiko untuk kejang. (Kaplan H I, Sadock B J, 2010).

Stelazine memiliki efek antiadrenergik sentral, antidopaminergik, dan efek antikolinergik minimal. Hal ini diyakini stelazine dapat bekerja dengan memblokir reseptor dopamin D1 dan D2 di jalur mesokortikal dan mesolimbik, menghilangkan atau meminimalkan gejala skizofrenia seperti halusinasi, delusi, dan berpikir dan berbicara yang tidak terarah. Stelazine menimbulkan efek samping ekstrapiramidal seperti akatisia, distonia, dan parkinsonisme selain itu dapat menimbulkan efek samping antikolinergik seperti merah mata dan xerostomia (mulut kering). Stelazine dapat menurunkan ambang kejang sehingga harus berhati-hati penggunaan stelazine pada orang yang mempunyai riwayat kejang. (Kaplan H I, Sadock B J, 2010).

Pengobatan untuk dengan gangguan skizoafektif merespon terbaik untuk pengobatan dengan obat antipsikotik yang dikombinasikan dengan obat *mood stabilizer* atau pengobatan dengan antipsikotik saja. Untuk orang gangguan skizoafektif dengan tipe manik, menggabungkan obat antipsikotik dengan *mood stabilizer* cenderung bekerja dengan baik. Karena pengobatan yang konsisten penting untuk hasil terbaik, psiko-edukasi pada penderita dan keluarga, serta menggunakan obat *long acting* bisa menjadi bagian penting

dari pengobatan pada gangguan skizoafektif. (Melliza, 2013).

RINGKASAN

Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik yang persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana (mood disorder) seperti depresi, manik, atau episode campuran. Pasien pada ilustrasi kasus yang disajikan didiagnosis dengan “Gangguan Skizoafektif Tipe Manik” yang mendapatkan psikoterapi, cognitive behavioral therapy, dan farmakoterapi berupa Carbamazepine 2x200 mg per oral dan Stelazine 2x5 mg per oral. Prognosis dari pasien ini sangat tergantung pada diagnosis yang ditegakkan sehingga terapi yang didapatkan adekuat. Selain itu, dukungan keluarga sangat diperlukan untuk membantu kesembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Melissa Conrad Stöppler. 2013. Schizoaffective disorder. <http://www.medicinenet.com>. (akses: 5 Desember 2013)

Schizoaffective disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders DSM-IV-TR. 4th ed. Arlington, Va.: American Psychiatric Association;2000.<http://www.psychiatryonline.com>. (akses: 5 Desember 2013)

Schizophrenia. In: Hales RE, et al. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Pub;2008.

<http://www.psychiatryonline.com>. (akses: 5 Desember 2013)

Factsheet: Schizoaffective disorder. Mental Health America. (akses: 5 Desember 2013)

Ken Duckworth, M.D., and Jacob L. Freedman, M.D. 2012. Schizoaffective disorder. (akses: 5 Desember 2013)

Schizoaffective disorder. National Alliance on Mental Illness. <http://www.nami.org>. (akses: 5 Desember 2013)

Jibson MD. 2011. Schizophrenia: Clinical presentation, epidemiology, and pathophysiology. <http://www.uptodate.com>. (akses: 5 Desember 2013)

Rusdi Maslim. 2013. Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ III. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.