



Gangguan Kepribadian dan Perilaku Akibat Penyakit, Kerusakan, dan Disfungsi Otak pada Pria Usia 45 Tahun

Melisa Novita Sari, Muhammad Ricky Ramadhian
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Gangguan kepribadian adalah paranoid, schizoid, emosional tak stabil tipe implusif dan ambang, historic, anankastik, cemas (menghindar), dependen, khas lainnya yang tidak tergolongkan. Diagnosa didasarkan pada bentuk perilaku, mood, sosial interaksi, impulsive. Pasien laki-laki Tn. H usia 45 tahun di rawat di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Provinsi Lampung. Pasien dibawa oleh keluarganya dengan keluhan mengamuk sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Pasien juga sering marah-marah tanpa sebab, membanting alat-alat rumah tangga seperti piring dan gelas, tidak mau makan, bicara sendiri dengan isi marah-marah dengan nada tinggi, mudah tersinggung bila diajak bicara, sulit tidur, lari-lari keluar rumah, dan berteriak-teriak memarahi tetangga tanpa sebab. Pada pemeriksaan fisik didapatkan, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 83 x/menit, nafas 18 x/menit, dan kondisi medis umum nyeri kepala dan epilepsi. Pada pemeriksaan psikiatri didapatkan nyeri kepala dan epilepsi yang disusul gejala perubahan kepribadian dan perilaku. Pada pasien ini didiagnosis yaitu Aksis 1: Gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan, dan disfungsi otak. Aksis II: tidak ada diagnosis, Aksis III: epilepsi, Aksis IV: tidak ada, Aksis V: GAF 60-51 (HLPY) serta penatalaksanaan pada pasien ini adalah medikamentosa (psikofarmaka) dan non medikamentosa. Medikamentosa diberikan trihexyphenidile karena efek samping obat yang lebih sedikit, pada non medikamentosa diberikan psikoterapi psikofarmaka pada keluarga.

Kata kunci : epilepsi, gelisah

Personality and Behavioural Disorders due to Disease, Damage, and Brain Dysfunction in A 45 Years Old Men

Abstract

The personality disorders include paranoid, schizoid, impulsive unstable emotion, hysteria, anarkastic personality disorder, anxiety, and other uncategorized personality disorders. Diagnosis of personality disorder is based on the behavior pattern, mood, social interaction, and impulsive behavior. A male patient of 45 years old was hospitalized in psychiatric hospital of Lampung province. The patient was brought by his family member with complaints of rampaging three days before entering the hospital. The patient got angry without certain causes, throwing household utensils such as disc and glass, refused to have meal, talked to himself angrily and loudly, got irritated easily when other persons talked to him, he was difficult to sleep, run around the house with yelling and had anger with the neighbors without certain causes. The physical examination showed 120/80 mmHg blood pressure, arterial pulse of 83 times/minute, and breathing of 18 times/minute. The patient showed common medical condition of headache and epilepsy. The psychiatric examination showed headache and epilepsy with symptoms of behavioral and personality changes. The patient was diagnosed with axis I: personality and behavioral disorders because of sickness, damage, and brain dysfunction; axis II: there was no diagnosis; axis III: epilepsy; axis IV: here was no diagnosis, and axis V: GAF 60-51 (HLPY) and the patient was managed with medicamentosa (psychopharmaca) and non-medicamentosa. Trihexyphenidile was administered in medicamentosa management because its lower side effect, and psychopharmaca psychotherapy to the family member was administered in non-medicamentosa management.

Keywords: anxious, epilepsy

Korespondensi : Melisa Novita Sari, S.Ked, Alamat Perumahan Bumi Puspa Kencana, Blok C No 16, Bandar Lampung, HP 08217513826, e-mail bellacaroline28@gmail.com

Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Secara umum gangguan jiwa disebabkan karena adanya tekanan psikologis baik dari luar individu maupun dari dalam individu. Beberapa hal yang menjadi penyebab adalah ketidaktahuan keluarga dan masyarakat terhadap gangguan jiwa ini. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa

prevalensi masalah kesehatan jiwa saat ini cukup tinggi, 25% dari penduduk dunia pernah menderita masalah kesehatan jiwa, 1% diantaranya adalah gangguan jiwa berat.¹

Potensi seseorang mudah terserang gangguan jiwa memang tinggi, setiap saat 450 juta orang diseluruh dunia terkena dampak permasalahan jiwa, saraf, maupun perilaku. Salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat



di seluruh dunia adalah gangguan mental organik. Gangguan mental organik meliputi berbagai gangguan jiwa yang dikelompokkan atas dasar penyebab yang lama dan dapat dibuktikan adanya penyakit, cedera atau ruda paksa otak, yang berakibat disfungsi otak, disfungsi ini dapat primer seperti pada penyakit, cedera, dan ruda paksa yang langsung atau diduga mengenai otak, atau sekunder, seperti pada gangguan dan penyakit sistemik yang menyerang otak sebagai salah satu dari beberapa organ atau sistem tubuh.²

Dari berbagai macam gangguan mental organik salah satunya yang sering dijumpai adalah gangguan kepribadian. Gangguan mental organik yang terkait dengan berbagai kondisi medis lain yaitu, epilepsi, depresi pada kondisi medis umum (pascastroke, pascapersalinan, akibat zat), dan depresi pada tumor otak.³

Gangguan kepribadian adalah ciri kepribadian yang bersifat tidak fleksibel dan maladaptif yang menyebabkan disfungsi yang bermakna dan penderitaan subjektif. Orang dengan gangguan kepribadian memiliki respons yang benar-benar kaku terhadap situasi pribadi, hubungan dengan orang lain atau pun lingkungan sekitarnya.⁴ Kekakuan tersebut menghalangi mereka untuk menyesuaikan diri terhadap tuntutan eksternal, sehingga akhirnya pola tersebut bersifat *self defeating*.

Gangguan kepribadian berbeda dari perubahan kepribadian dalam waktu dan cara terjadinya dimana gangguan kepribadian merupakan suatu proses perkembangan, yang muncul ketika masa kanak-kanak atau remaja dan berlanjut sampai dewasa.⁵ Gangguan kepribadian dapat ditemukan pada semua kelompok masyarakat dan di berbagai daerah. Insiden dan tingkat prevalensi sepanjang hidup secara kasar hampir sama di seluruh dunia. Gangguan ini mengenai hampir 1% populasi dewasa dan biasanya onsetnya pada usia remaja akhir atau awal masa dewasa. Pada laki-laki biasanya gangguan ini mulai pada usia lebih muda yaitu 15-25 tahun sedangkan pada perempuan lebih lambat yaitu sekitar 25-35 tahun. Insiden gangguan kepribadian lebih tinggi pada laki-laki dari pada perempuan. *World Health Organization* tahun 2000 menyebutkan bahwa di seluruh dunia terdapat 45 juta orang yang menderita gangguan kepribadian.⁶

Gangguan kepribadian tidak mendapat perhatian dan 90% diantaranya terdapat di negara berkembang dan jumlah pasien yang paling banyak terdapat yaitu di Western Pasifik yaitu 12,7 juta orang. Penyakit ini mempengaruhi lebih banyak dari 1% populasi. Persentase tersebut merujuk pada 2,7 juta orang dewasa di Amerika Serikat.⁶

Gangguan kepribadian di Indonesia adalah tiga sampai lima per 1000 penduduk. Mayoritas pasien berada di kota besar. Ini terkait dengan tingginya stress yang muncul di daerah perkotaan. Dari hasil survei di rumah sakit Indonesia, ada 0,5-1,5 perseribu penduduk mengalami gangguan jiwa. Data yang didapat di RSJ gangguan kepribadian menduduki peringkat kedua dari sepuluh diagnosa penyakit rawat inap dengan jumlah 497 orang (47.02%) dari 1.057 orang.⁷

Pasien gangguan kepribadian berisiko meningkatkan risiko penyalahgunaan zat, terutama ketergantungan nikotin. Hampir 90% pasien mengalami ketergantungan nikotin. Pasien gangguan kepribadian juga berisiko untuk bunuh diri dan perilaku menyerang.⁶

Kasus

Pasien laki-laki Tn. H, usia 45 tahun dirawat di Ruang X Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung. Telah dilakukan autoanamnesis pada tanggal 23 Agustus 2015 di ruang Kutilang. Seorang laki-laki, wajah sesuai dengan usianya menggunakan seragam rumah sakit jiwa terkesan kurang rapih, baju tampak kurang rapi, rambut sudah terdapat uban pendek tidak tersisir rapi, kuku terpotong rapih, perawatan diri cukup.

Pasien dibawa oleh keluarga karena sering mengamuk sejak 3 hari SMRS. Selain itu, pasien juga dikatakan sering marah-marah tanpa sebab dan membanting alat-alat rumah tangga, bicara sendiri, mudah tersinggung dan sulit tidur. Tidak mau makan serta mengganggu lingkungan seperti teriak-teriak memarahi tetangga tanpa sebab.

Pasien dirawat di RSJ untuk yang ketiga kalinya. Menurut ibu kandung pasien, pasien mulai mengalami perubahan sejak kecil sekitar SD. Saat pasien kelas 5 SD pernah mengalami jatuh di kamar mandi sekolah hingga pingsan. Sejak itu pasien sering sakit kepala dan kejang-kejang seperti sakit '*ayan*'. Pada tahun 2013, pasien terjatuh ke dalam sumur sedalam 15 meter dan pingsan. Menurut keluarga pasien



yang melihat kejadiannya, sakit '*ayan*' pasien kambuh saat menimba air, kemudian terjatuh ke dalam sumur. Sejak kejadian itu, pasien semakin sering nyeri kepala yang disertai kejang. Perilaku pasien dirasakan oleh keluarga berubah, seperti orang yang '*plonga-plongo*' tetapi masih bisa berkomunikasi dengan baik. Keluarga hanya membawa ke pengobatan alternatif, diurut dan diberikan air doa. Pasien biasanya sering sulit tidur dan sering marah-marah tanpa sebab, namun akan normal kembali.

Pada akhir tahun 2013, karena pasien sering kambuh kejang dan mengamuknya. Pasien dua kali dibawa berobat ke Rumah Sakit Abdul Moeloek (RSAM) untuk *CT-Scan* dan 1 kali direhabilitasi medik. Dikatakan oleh dokter bahwa pasien mengalami saraf terjepit di bagian tulang leher dan epilepsi. Pasien disarankan untuk rutin berobat untuk terapi nyeri kepalanya dan untuk kejangnya, tetapi keluarga berhenti berobat karena kekurangan biaya. Apabila pasien nyeri kepala, pasien hanya dibawa ke pengobatan alternatif untuk diurut.

Keluarga mengatakan, bahwa sehari-hari pasien bersikap seperti orang normal dan rajin. Pasien juga sering mengikuti pengajian di kampung, main ke tetangga, bisa pergi sendiri naik angkot main ke rumah kakaknya di Pringsewu. Pasien memiliki kepribadian yang terbuka dan ramah namun terkadang tertutup bila ada masalah. Menurut keluarga, pasien terkadang bercerita ingin menikah seperti kakak dan adiknya, memiliki istri dan anak.

Dari tahun 2013 sampai awal 2014, perjalanan penyakit pasien hilang timbul namun tidak separah di tahun 2014. Nyeri kepala, kejang, mengamuk masih sering muncul. Biasanya pasien berhenti mengamuk setelah 3-4 hari setelah kejang dan tidak sampai mengganggu lingkungan. Pada tahun 2014, dalam 1 bulan pasien bisa mengalami kejang, sekitar 1-3 kali. Pasien pernah dirawat di RSJ Provinsi Lampung pada bulan Februari 2014 dan Juli 2014 karena keluhan yang sama, yaitu sering mengamuk setelah kejangnya timbul. Rutin kontrol ke poli psikiatri dan rajin minum obat.

Menurut ibu dan adik pasien, sekitar 3 hari SMRS pasien mengeluh nyeri kepala saat sedang menjemur pakaian di halaman rumah kemudian terjatuh dan tidak sadarkan diri lalu kejang-kejang sekitar 4-5 menit. Kedua lengan

menekuk kaku dan kaki lurus kaku, mata mendelik ke atas, mulut terkunci rapat. Saat kejang selesai, pasien tertidur sekitar 30 menit. Saat bangun tidur, pasien mulai berubah. Pasien marah-marah tanpa sebab dan bicara sendiri dengan nada tinggi, isi pembicaraannya seperti memarahi apapun yang dilakukan oleh anggota keluarganya.

Pasien membanting alat-alat rumah tangga seperti gelas dan piring saat disuruh makan atau minum, mudah tersinggung bila diajak bicara, saat malam sulit tidur dan hanya mondar-mandir sambil bicara sendiri seperti memarahi orang lain, lari-lari keluar rumah. Sudah diberikan obat tidur dari poli psikiatri RSJ namun tidak bisa tidur juga. Pasien baru bisa tertidur saat subuh. Selama wawancara, pasien menanyakan kapan bisa dipulangkan. Karena pasien sudah merasa membaik dan nyeri kepalanya sudah hilang. Pasien mengatakan sering sulit tidur karena nyeri kepala terutama di bagian tengkuk, walaupun sudah minum obat tidur dari rumah sakit. Saat sulit tidur, pasien hanya diam sambil memijat bagian kepala yang sakit.

Pasien mengaku memiliki sakit '*ayan*' sejak kecil, yang biasanya kambuh apabila nyeri kepalanya sangat hebat. Pasien juga mengatakan pernah berobat ke RSAM karena saraf dipunggungnya terjepit dan tidak diobati lagi. Pasien tidak menyadari bila sering mengamuk, hanya diceritakan oleh keluarganya. Pasien menyangkal adanya mendengar suara-suara yang membisikinya maupun yang menyuruhnya. Dan juga menyangkal melihat sesuatu yang hanya bisa dilihat olehnya. Riwayat keluyuran keluar rumah juga disangkal. Pasien mengatakan sebenarnya mengetahui dirinya sering kejang, namun tidak menyadari jika dirinya sering mengamuk sehingga dirawat di RSJ.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 83 x/menit, frekuensi nafas 18 x/menit dan kondisi medis umum: nyeri kepala dan epilepsi. Pada status psikiatri didapatkan saat dilakukan pemeriksaan tampak pasien kooperatif. Pasien terlihat nyaman saat diajak tanya jawab, spontan, volume cukup, intonasi cukup, amplitudo cukup, artikulasi jelas, kualitas cukup, kuantitas cukup. Ketika ditanya, pasien menjawab dengan santai. Terdapat gangguan berupa perubahan perilaku emosional, gangguan proses pikir dalam



bentuk curiga/pikiran paranoid. Sementara pada memori pasien sendiri, memori jangka panjang terganggu, memori jangka pendek dan segera baik dan untuk orientasi waktu, tempat, dan orang juga baik dan untuk derajat pasien masuk dalam derajat 4. Pada pemeriksaan laboratorium nilai hemoglobin 10,8 gr/dl, nilai hematokrit 32%.

Pembahasan

Diagnosis ditegakkan pada saat anamnesis dan pemeriksaan psikiatri, pada pasien ini ditemukan adanya gangguan pada perubahan perilaku emosional, dan gangguan proses pikir, dalam bentuk curiga/pikiran paranoid serta menimbulkan suatu *distress* (penderitaan) dan cacat (hendaya) dalam pekerjaan dan kehidupan sosial pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien ini mengalami gangguan jiwa.⁸

Pada diagnosis aksis 4 yaitu diagnosis psikiatri pasien, berdasarkan data-data yang didapat melalui anamnesis, didapatkan gangguan yang bermakna yang menimbulkan gangguan jiwa.⁸ Nyeri kepala dan epilepsi yang disusul gejala perubahan kepribadian dan perilaku pada pasien. Serta didapatkan perubahan perilaku emosional, ditandai oleh labilitas emosional, kegembiraan yang dangkal dan tak beralasan (euforia, kejenakaan yang tak sepadan), mudah berubah menjadi iritabilitas atau cetusan amarah dan agresi sejenak pada beberapa keadaan, apatis dapat merupakan gambaran yang menonjol dan gangguan proses pikir, dalam bentuk curiga atau pikiran paranoid, dan/atau preokupasi berlebihan dari data ini menjadi dasar diagnosis bahwa pasien ini menderita gangguan mental organik (F0) yaitu gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan dan disfungsi otak (F07).⁸ Pasien tidak mempunyai riwayat penggunaan zat psikoaktif sehingga diagnosis gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (F10-19) dapat disingkirkan sekaligus menyingkirkan skizofrenia (F20-F29).⁸

Dari anamnesis yang dilakukan didapatkan adanya perubahan perilaku emosional dan gangguan proses pikir, dalam bentuk curiga/pikiran paranoid maka diagnosis pasien menderita dalam gangguan mental organik (F0) yaitu gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan dan disfungsi otak (F07) Karena keadaan yang

dialami merupakan gejala perulangan atau gejala kekambuhan yang dikarenakan pasien kurang patuh dalam menjalani pengobatan dalam hal ini pasien kurang patuh untuk meminum obat sehingga mengalami kekambuhan.⁹ Dari data ini menjadi dasar untuk mendiagnosis bahwa pasien menderita gangguan mental organik (F0) yaitu gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan, dan disfungsi otak (F07).⁹

Pada aksis II tidak ada diagnosis dikarenakan pasien selalu naik kelas dan mampu melanjutkan sekolahnya hingga SMA sehingga menyingkirkan diagnosis adanya retardasi mental. Pada aksis III, autoanamnesis dan pemeriksaan laboratorium ditemukan riwayat penyakit fisik. Oleh karena itu aksis III dengan penyakit penyerta yaitu epilepsi. Pada aksis IV tidak terdapat masalah psikososial dan pekerjaan. Penatalaksanaan pada pasien ini diberikan psikofarmaka yaitu triheksipenidil 3x2 mg dipertimbangkan peningkatan dosis berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan.¹⁰

Alasan diberikan obat antipsikotik ini adalah efek samping yang kecil dan dimulai dengan dosis paling kecil dan bermanfaat meningkatkan kendali otot dan mengurangi kekakuan. Saat gejala berkurang, obat ini akan membuat gerakan tubuh menjadi lebih normal. Serta non-medikamentosa yaitu psikoterapi dan psikoedukasi pada keluarga. Prognosis pada pasien ini adalah *dubia ad malam* dikarenakan berulangnya penyakit yang sama, kondisi ekonomi kurang, kepatuhan minum obat kurang.¹⁰

Simpulan

Diagnosis gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan dan disfungsi otak pada kasus ini sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini. Pada pasien terdapat beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya gangguan kepribadian yaitu adanya perubahan perilaku yang di akibatkan oleh penyakit yang di derita berupa epilepsi. Tatalaksana pada pasien ini sudah sesuai dengan pedoman diagnosis dan penatalaksanaan gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan, dan disfungsi otak oleh konsep gangguan jiwa dalam PPDGJ-III.

Daftar Pustaka



1. Hawari D. Pendekatan holistik pada gangguan jiwa skizofrenia. Jakarta: Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2007.
2. Maslim R. Pedoman penggolongan diagnostik gangguan jiwa (PPDGJ III): Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Penerbit Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atmajaya; 2003.
3. Amir N. Buku ajar psikiatri. Edisi ke-2. Jakarta: Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2013.
4. Maramis WF. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Surabaya: Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga; 2004.
5. Kaplan HI. Sinopsis psikiatri ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis. Edisi ke-7. Jakarta: Penerbit Bina Rupa Askara; 2005.
6. Kaplan HI, Saddock BJ. Sinopsis psikiatri. Edisi ke-8. Jakarta: Penerbit Bina Rupa Aksara; 2005.
7. Maramis WF. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Surabaya: Penerbit Airlangga University; 2005.
8. Maslim R. Panduan praktis penggunaan klinis obat psikotropik. Edisi Ke-3. Jakarta: Penerbit Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya; 2007.
9. Maslim R. Diagnosis gangguan jiwa, rujukan ringkas PPDGJ III. Jakarta: Penerbit Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya; 2001.