

GEJALA PSIKOTIK PADA PENYAKIT PARKINSON: SEBUAH LAPORAN KASUS DAN TINJAUAN PUSTAKA

Sri Yenni Trisnawati, Dewa Putu Gde Purwa Samatra, Lely Setyawati Kurniawan,
Arum Cendani Goller, Valentina Tjandra Dewi

Astari

Departemen Neurologi, FK Universitas Udayana/RSUP Sanglah Denpasar, Bali, Indonesia

Departemen Neurologi, FK Universitas Udayana/RS Universitas Udayana, Bali, Indonesia

Departemen Psikiatri, FK Universitas Udayana/RSUP Sanglah Denpasar, Bali, Indonesia

Diterima : 16 Mei 2021

Disetujui : 31 Mei 2021

Publikasi : 31 Mei 2021

Korespondensi: drsriyenni@gmail.com

Cara merujuk artikel ini: Yenni (et al). 2021. Gejala Psikotik Pada Penyakit Parkinson: Sebuah Laporan Kasus dan Tinjauan Pustaka

Callosum Neurology Journal 4(2): 52-60

DOI: <https://doi.org/10.29342/cnj.v3i2/152>

ABSTRAK

Pendahuluan: Penyakit Parkinson (PP) memiliki dimensi gejala sangat luas yang secara langsung dan tidak langsung memengaruhi kualitas hidup penderita maupun keluarga. Gejala nonmotorik PP diantaranya adalah gangguan neuropsikiatri seperti depresi, psikosis, ansietas. Kami melaporkan sebuah kasus PP dengan gejala psikotik berupa halusinasi yang jarang dijumpai.

Laporan Kasus: Pasien perempuan berusia 74 tahun terdiagnosis Parkinson sejak lebih dari 20 tahun, dibawa ke rumah sakit dengan bicara tidak nyambung, adanya halusinasi visual, dan emosi yang tidak stabil sejak 1 bulan. Keluarga pasien juga merasa sejak 6 bulan terakhir pasien menjadi sering lupa.

Diskusi: Gejala nonmotorik dapat dijumpai seiring perkembangan penyakit Parkinson dan dapat diidentifikasi sebelum ataupun setelah munculnya sindrom motorik. Sebanyak 60% penderita PP mengalami halusinasi atau delusi setelah 12 tahun perawatan.

Simpulan: Manifestasi nonmotorik PP yang mencakup gejala neuropsikiatri sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien maupun keluarga dan perawat pasien.

Kata kunci: Parkinson, non-motor, psikotik, neuropsikiatri

ABSTRACT

Introduction: Parkinson's disease (PD) has a very broad symptom dimension that directly and indirectly affects the quality of life for sufferers and their families. Non motoric symptoms of PD include neuropsychiatric disorders such as depression, psychosis, anxiety.

Case Report: A 74-year-old female with 20 years history of Parkinson's disease was admitted to the hospital with incoherent speech, visual hallucinations, and unstable emotion since one month. The patient's family also felt that since the last 6 months the patient had become forgetful. The patient did not routinely take her PD drugs under doctor supervision.

Discussion: Non-motor symptoms may be present as Parkinson's disease progresses and can be identified before motor syndrome develops. Based on the results of previous studies it was reported that 60% of PP sufferers developed hallucinations or delusions after 12 years of treatment.

Conclusion: The non-motor manifestations of PD which include neuropsychiatric symptoms greatly affects patient and family's quality of life.

Key words: Parkinson's, non-motor, psychotic, neuropsychiatry

Latar Belakang

Penyakit Parkinson adalah penyakit neurodegeneratif yang bersifat kronis progresif, terbanyak kedua setelah demensia Alzheimer. Penyakit ini memiliki dimensi gejala yang sangat luas sehingga baik langsung maupun tidak langsung mempengaruhi kualitas hidup penderita maupun keluarga. Prevalensi PP diperkirakan 329 per 100.000 penduduk dengan insiden tahunan berkisar antara 16 sampai 19 per 100.000 penduduk. Prevalensi meningkat dengan bertambahnya umur, hingga mencapai 4% pada umur 80 tahun atau lebih.¹

Gejala motorik digunakan untuk menegakkan diagnosis PP namun gejala nonmotorik juga lazim sebagai penentu untuk *quality of life* (QOL) bagi penderita PP. Pada umumnya pasien mengeluhkan gejala motorik, sehingga gejala nonmotorik sering tidak dikenal dengan cepat sehingga tidak diobati pada banyak penderita. Gejala nonmotorik bisa muncul segera sebelum gejala motorik pertamanya terlihat yang nantinya akan lebih menyulitkan pada stadium lanjut dari PP, dimana gejala-gejala tersebut menjadi masalah besar pada penderita dan sering menimbulkan tantangan kepada para klinisi yang mengobatinya.^{1,2}

Gejala nonmotorik PP adalah gangguan neuropsikiatri seperti depresi, psikosis, ansietas. Gangguan neuropsikiatri seperti ini sering tidak terdeteksi oleh klinisi pada hampir satu setengah dari kunjungan konsultasi. Psikosis adalah bagian dari gangguan neuropsikiatri yang ditemui pada pasien PP. Munculnya gejala psikosis PP dikaitkan dengan morbiditas pasien, beban *caregiver* dan merupakan faktor yang terkait dengan kematian dini. Gejala psikosis yang dapat dialami seperti halusinasi, *loss of insight*, dan delusi. Insiden halusinasi pada penderita PP 80 tiap 1000 orang selama setahun dan didapatkan lebih sering pada stadium lanjut dari PP. Adanya halusinasi merupakan faktor resiko yang utama terhadap luaran yang jelek pada penderita PP.^{2,3}

Psikosis dapat bermanifestasi di seluruh spektrum penyakit pada PP, bahkan pada tahap

paling awal stadium penyakit, meskipun biasanya terjadi kemudian dalam perjalanan penyakit. Kami melaporkan kasus pasien dengan PP dan gejala psikotik serta membahas kepastakaan mengenai patofisiologi, diagnosis, serta tatalaksana gejala nonmotorik psikotik pada PP.^{2,4}

Laporan Kasus

Pasien perempuan 74 tahun suku Bali dibawa ke RS oleh keluarga dikarenakan berbicara tidak nyambung. Autoanamnesis pasien menyatakan dibawa ke RS dikarenakan keluhan sulit tidur. Pasien memejamkan mata sepanjang anamnesis dikatakan telah mengalami pandangan kabur sejak lama. Orientasi orang, tempat, dan waktu baik, pasien mengatakan tidak bisa tidur sejak 1 minggu karena merasa terganggu didatangi oleh leluhurnya yang sudah meninggal dan melihat orang banyak sedang memperbaiki rumahnya, namun pasien mengatakan tidak dapat berkomunikasi dengan leluhurnya tersebut. Sejak dirawat di rumah sakit, pasien mengatakan jarang didatangi leluhurnya, sehingga pasien lebih bisa tidur dengan nyenyak. Selama di rumah pasien lebih banyak berbaring dikatakan karena kedua lututnya sudah lama sakit.

Heteroanamnesis didapatkan dari anak pasien dimana dikatakan pasien dibawa ke RSUP Sanglah dengan keluhan bicara tidak nyambung yang dirasakan sejak 3 hari sebelum masuk RS. Pasien awalnya jika diajak bicara dapat menjawab pertanyaan dengan baik, namun lama kelamaan tampak yang dibicarakan tidak nyambung. Pasien bercerita kalau sering didatangi oleh leluhurnya yang sudah meninggal, melihat banyak orang yang sedang memperbaiki rumahnya dan kadang melihat monyet didalam rumah, namun keluarga tidak dapat melihat seperti yang dikatakan oleh pasien. Kondisi ini muncul tidak menentu, paling sering pada sore hari. Keadaan dirasakan sejak kurang lebih 1 bulan ini, dan memberat sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit dimana pasien tidak dapat tidur sama sekali. Pasien mengalami halusinasi visual yang tidak disertai dengan

halusinasi auditorik. Selain itu keluarga juga mengeluhkan pasien tampak gelisah, dimana kaki dan tangan tidak bisa diam dan banyak bicara terutama tentang apa yang pasien lihat.

Nafsu makan pasien menurun sejak 2 minggu terakhir, pasien hanya mau makan bubur dan sedikit-sedikit. Pasien juga terkadang sering tidak dapat menahan BAK sehingga mengompol. BAB dikatakan normal tiap 2 hari sekali. Sejak 1 bulan yang lalu pasien sudah dibawa oleh keluarga berobat ke dokter spesialis saraf karena keluhan tremor yang tampak muncul kembali disertai halusinasi visual dan disarankan untuk menurunkan dosis obat Parkinson. Keluarga mengatakan setelah diturunkan dosis obat pasien tampak lebih tenang dan halusinasi berkurang. Keluhan ini sudah pernah dialami sebelumnya, dimana 2 tahun yang lalu pasien pernah mengalami hal serupa dan dirawat di RS Sanglah selama 7 hari. Setelah pulang dari RS, kondisi pasien dikatakan membaik dan tidak lagi ada halusinasi.

Keluarga merasa pasien sering lupa sejak 6 bulan yang lalu, seperti lupa nama anak-anak, cucunya dan alamat rumahnya namun keluarga menganggap hal tersebut biasa dikarenakan oleh faktor usia. Selain itu, pasien juga mudah marah untuk masalah yang sepele dan mencurigai menantunya yang dianggap selingkuh. Sejak 2 tahun terakhir, dikatakan pasien mengalami penurunan penglihatan yang terjadi secara perlahan-lahan, namun pasien menolak ketika diajak untuk berobat karena takut bila akan dioperasi. Penglihatan makin lama makin terganggu dimana pasien saat ini tidak dapat melihat cahaya sama sekali dari kedua mata sehingga aktivitas sehari-hari dibantu oleh anak dan suami pasien. Sejak 2 tahun lalu saat pasien masih belum sepenuhnya terganggu penglihatannya gejala halusinasi visual sudah sempat muncul dan kini dalam satu bulan terakhir halusinasi kembali diyakini dilihat oleh pasien.

Pasien terdiagnosis PP sejak lebih dari 20 tahun yang lalu, dimana awal gejalanya berupa

tremor pada tangan kanan, kemudian kaki kanan dan keduanya. Keluhan ini muncul pada saat pasien sedang istirahat dan bertambah berat pada saat emosi atau cemas. Pasien juga sering berjalan dengan langkah kecil-kecil dan pelan. Pasien mengkonsumsi obat Parkinson namun tidak teratur dikarenakan keluhan tremor menghilang. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit sistemik (seperti hipertensi, penyakit jantung, hiperkolesterol, atau kencing manis) yang membutuhkan pengobatan lama. Pasien sejak 20 tahun yang lalu mengkonsumsi Levopar namun tidak teratur karena keluhan dianggap membaik, obat tersebut dibeli sendiri oleh anaknya tanpa resep dokter. Dua tahun terakhir dikatakan mulai mengkonsumsi Arkine yang dibeli sendiri. Satu bulan terakhir pasien mengkonsumsi Levopar dan Arkine namun di luar supervisi dokter. Tidak ada keluarga yang mengalami keluhan serupa. Riwayat sakit atau gangguan jiwa pada keluarga disangkal.

Riwayat kehidupan pribadi pasien didapatkan pasien mengatakan bahwa dia lahir normal, ditolong oleh dukun. Pasien merupakan anak ke 3 dari 6 bersaudara. Pasien mengatakan dibesarkan dan tinggal bersama orang tuanya dan saudara kandung lainnya didesa. Anak mengatakan pasien tidak pernah mengenyam pendidikan. Pasien seorang ibu rumah tangga, menikah di usia 20 tahun. Memiliki anak pertama diusia 22 tahun. Pasien memiliki 4 orang anak yang terdiri dari 3 anak perempuan dan 1 anak laki-laki. Pasien tinggal bersama suami, anak ke 2 dan 3, menantu serta cucu-cucunya. Aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga seperti makan dan memandikan pasien. Pasien merasa persepsi yang biasa saja dalam hidupnya. Pasien merasa sudah tua dan sering merepotkan suami dan anaknya karena tidak dapat melihat sehingga semuanya harus dibantu.

Pemeriksaan tanda vital saat di IGD RSUP Sanglah didapatkan 120/80 mmHg. Saat pemeriksaan dilakukan (setelah 3 hari rawat) tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan fisik status internistik dan neurologis dalam batas

normal. Pada pemeriksaan *rontgen thorax*, CT Scan Kepala tanpa kontras tahun 2018 tampak dalam batas normal (Gambar 1). Pasien tidak memiliki riwayat penyakit sistemik yang dapat secara langsung ataupun tidak langsung mempengaruhi perubahan kesadaran pasien. Pemeriksaan penunjang lain seperti laboratorium, *rontgen thoraks* dan EKG juga tidak ditemukan adanya kelainan yang dapat menyebabkan perubahan kesadaran. Oleh karena itu adanya delirium (F.05) dapat disingkirkan.

Pemeriksaan status mental ditemukan penampilan wajar, kontak verbal baik dan visual tidak ada, mood eutimik, afek luas, serasi. Proses pikir logis realistis, produktifitas normal, arus pikir koheren, isi pikir ada ide curiga (menantunya selingkuh). Gangguan persepsi ada halusinasi visual. Kesadaran kompos mentis dan jernih. Orientasi, perhatian dan konsentrasi cukup baik. Daya ingat jangka pendek dan menengah terganggu. Kemampuan membaca dan menulis tidak dapat dinilai. Kemampuan berfikir abstrak, kemampuan eksekutif, kapasitas intelegensia, dan bakat kreatif kurang. Kemampuan menolong diri sendiri dibantu oleh keluarga. Daya nilai sosial baik, uji daya nilai baik, daya nilai realitas baik. Tilikan derajat 4. Dorongan instingtual tidak ada. Pengendalian impuls baik.

Gambar 1. CT Scan Kepala tanpa kontras (22/1/2018) kesan dalam batas normal

Pemeriksaan khusus *Montreal Cognitive Assessment* ver. Indonesia (MOCA INA): belum dapat dievaluasi. *Clinical Dementia Rating* (CDR): 5. Ina AD-8: 8. *Instrumental Activity of Daily Living* (IADL): 14 (ketergantungan penuh). *Activities of Daily Living*: 17 (ketergantungan penuh). *Trial*

Making Test A (TMT-A): tidak dapat dievaluasi *Trial Making Test B* (TMT-B): tidak dapat dievaluasi. Berdasarkan alloanamnesis keluarga sejak 6 bulan terakhir didapatkan pasien sering lupa, namun demikian saat pemeriksaan atensi pasien berubah-ubah sehingga pemeriksaan kognitif belum dapat dilakukan Oleh karena itu Demensia pada penyakit Parkinson (F 02.3) belum dapat disingkirkan pada kasus ini.

Heteroanamnesis pasien dikatakan ada perubahan seperti sering lupa, kadang bicara tidak nyambung, marah-marah, sulit tidur dan sering halusinasi, dari keadaan tersebut didapatkan gejala psikotik berupa halusinasi dan emosi yang tidak stabil (marah-marah). Pasien juga memiliki riwayat penyakit Parkinson sejak 20 tahun yang lalu yang didahului dengan adanya gejala motorik berupa tremor, bradikinesia, dan instabilitas postural, dimana kondisi ini dapat juga menimbulkan gejala nonmotorik seperti gangguan neuropsikiatri (depresi, psikosis dan halusinasi, ansietas, gangguan kognitif, demensia) sehingga untuk saat ini sesuai PPDGJ III, Gangguan mental lainnya akibat kerusakan dan disfungsi otak dan penyakit fisik (F.06) ditegakkan sebagai Aksis I.

Pasien cenderung marah-marah untuk hal-hal yang sepele dan menganggap bila menantunya selingkuh. Sebelumnya dikatakan pasien merupakan orang yang tidak mudah marah. Pasien tidak merasa cemas akan penyakitnya. Hal ini dalam aksis II sebagai ciri kepribadian: perubahan kepribadian yang bermasalah (F.61.1).

Pada Aksis III ditemukan gangguan fisik berupa penyakit Parkinson dan katarak senilis. Pada Aksis IV masalah dengan penyakitnya sehingga mempengaruhi aktifitas fungsional sehari-hari. Pada Aksis V, (*Global Assesment of Functioning*) Scale pada saat diperiksa adalah 40-31 (beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi), sedangkan GAF terbaik dalam satu tahun terakhir adalah 50-41.

Diagnosis Multiaksial:

- Aksis I : Gangguan mental lainnya akibat kerusakan disfungsi otak dan penyakit fisik (F.06)
- Aksis II : Ciri kepribadian emosional tak stabil (F60.3)
- Aksis III : Penyakit Parkinson (Hoehn and Yahr Stadium III)
Katarak Senilis
- Aksis IV : Masalah dengan penyakitnya (Parkinson dan katarak)
- Aksis V : GAF saat MRS: 40-31, GAF terbaik 1 tahun terakhir 50-41

Diagnosis banding dalam kasus ini adalah delirium bertumpang tindih dengan demensia (F.05.1) dan demensia pada penyakit Parkinson (F.02.3)

Tatalaksana yang diberikan berupa farmakoterapi dan nonfarmakoterapi diberikan pada pasien dengan sensorium yang jelas. Insiden halusinasi pada penyakit Parkinson 80 tiap 1000 orang selama setahun dan sering pada usia tua.^{5,6}

baik dari bidang neurologi dan psikiatri. Farmakoterapi neurologi diberikan levopar (Levodopa 100 mg dan Benserazide 25 mg) tiap 8 jam per oral, dan haloperidol 0,5 mg per 24 jam oleh Psikiatri. Manajemen non-farmakologi kepada pasien dilakukan psikoedukasi dan psikoterapi suportif, dan diberikan edukasi penjelasan keluhan yang dialami pasien, tatalaksana yang dapat diberikan, dan mendukung keluarga untuk membantu menyokong kesembuhan pasien. Target terapi parkinson beserta dengan gejala penyertanya adalah untuk mengontrol tanda dan gejala seoptimal dan sepanjang mungkin dengan meminimalisir efek samping terapi terhadap pasien.

Perkembangan kondisi pasien selama perawatan selama 5 hari perasaan menjadi lebih baik, tidur malam lebih nyenyak, makan dan minum baik. Menurut keluarga pasien sudah tidak gelisah lagi, dapat tidur nyenyak. Namun bicara masih terkadang tidak nyambung. Pasien juga sering menanyakan hal-hal yang sama berulang-ulang. Antipsikotik dilakukan penggantian menjadi aripiprazole 2,5 mg per 24 jam oral oleh bagian Psikiatri. Penggantian jenis antipsikotik tersebut ke golongan atipikal yang

merupakan pilihan yang lebih ideal dalam penanganan psikosis pada penyakit Parkinson.

Diskusi

Gangguan neuropsikiatri yang dapat dijumpai pada PP meliputi depresi, psikosis dan halusinasi, ansietas, dan gangguan kognitif. Depresi merupakan gejala non motor tersering yang terjadi pada setiap stadium penyakit Parkinson bahkan pada stadium awal atau kadang-kadang beberapa tahun sebelum munculnya onset. Diperkirakan depresi dapat terjadi pada 27.6% pada stadium awal yang pada akhirnya mencapai 70% pada PP. Gejala psikosis termasuk halusinasi, *loss of insight* dan delusi terdapat pada sebagian besar PP. Psikosis diartikan adanya halusinasi, delusi atau keduanya pada pasien dengan sensorium yang jelas. Insiden halusinasi pada penyakit Parkinson 80 tiap 1000 orang selama setahun dan sering pada usia tua.^{5,6}

Kasus yang kami laporkan menunjukkan adanya gejala psikosis berupa halusinasi pada pasien. Halusinasi didefinisikan sebagai suatu persepsi yang terbentuk spontan dalam keadaan sadar, sering ditemukan pada stadium lanjut dengan faktor resikonya adalah usia tua, adanya tanda-tanda demensia dan mendapatkan obat polifarmasi, gangguan kognitif, gangguan tidur dan gejala visual. Adanya halusinasi merupakan faktor resiko terhadap luaran yang jelek. Resiko terjadinya gejala psikosis meningkat pada pasien dengan onset lambat, mengkonsumsi obat dopaminergik dosis tinggi dan mengalami REM *sleep behavior disorder* (RBD).^{5,7,8} Halusinasi sering terjadi pada kondisi kesadaran normal tanpa delirium dan berlangsung kronis. Pada pasien dengan Parkinson didapatkan gejala halusinasi minor pada 40%, ilusi 25%, halusinasi visual 22%, dan halusinasi auditorik 10%. Halusinasi visual dapat muncul dalam bentuk seperti melihat ada orang yang berkeliaran disekitar rumah. Pada 8% pasien, halusinasi auditorik digambarkan sebagai suara manusia yang bersifat tidak penting, tidak paranoid, dan sering tidak dimengerti.^{1,8}

National Institute of Neurological Diseases dan Stroke (NINDS)/ National Institute of Mental Health (NIMH) mengusulkan kriteria diagnostik untuk psikosis PP, yang terdiri dari berikut ini komponen: setidaknya ada satu gejala psikotik (ilusi, *false sense of presence*, halusinasi, delusi); diagnosis utama PP yang memenuhi kriteria UK *Brain Bank* yaitu gejala terjadi setelah permulaan PP dan bisa berulang atau terus menerus selama 1 bulan; kecuali penyebab lain yaitu, demensia dengan badan Lewy (DLB), gangguan kejiwaan seperti skizofrenia, gangguan skizoafektif, gangguan delusi, atau suasana hati gangguan dengan fitur psikotik, atau medis umum kondisi termasuk delirium.^{2,4}

Gejala psikotik memengaruhi hingga 60% pasien PP jangka panjang, meskipun prevalensi belum jelas. Halusinasi visual yang kompleks terjadi pada 7% sampai 25% pasien PP, tetapi meningkat menjadi 41% menjadi 87% pada pasien PDD. Kejadian delusi dengan prevalensi 1-7% pada PD. Sebuah penelitian terhadap 137 pasien PP melaporkan bahwa 60% berkembang menjadi halusinasi atau delusi setelah 12 tahun dalam perawatan, dan usia yang lebih tinggi saat onset dan *levodopa equivalent* awal dosis (LED), *rapid eye movement* (REM), *sleep behavior disorder* (RBD).^{2,9} Dalam kasus yang kami laporkan, pasien terdiagnosis PP di usia 54 tahun, dan mengalami gejala halusinasi 18 tahun kemudian dari awal terdiagnosis.

Penyebab terjadinya gejala psikosis saat ini diduga adanya penyebab ekstrinsik (terkait obat) dan intrinsik (terkait disfungsi neurotransmitter). Hipotesis yang dapat dihubungkan dengan kasus ini adalah adanya degenerasi dan stimulasi berlebihan neuron dopaminergik mesolimbik (khusus di *substantia nigra* dan *area tegmentum ventralis*) yang berkontribusi pada degenerasi di area yang terkait dengan neurotransmitter yang berbeda, termasuk lokus *coeruleus* (norepinefrin), nukleus basalis (asetilkolin), dan *dorsal raphe nuclei* (5-hydroxytryptamine [5-HT]). Fungsi dopamin dan asetilkolin dapat terkait karena peran limbik

reseptor kolinergik nikotik dalam pelepasan dopamin. Patofisiologi pasti dari PDP hingga kini belum ditemukan.⁸

Halusinasi visual dapat terkait dengan gangguan jalur visual, termasuk disfungsi okular seperti diskriminasi warna, perubahan ketajaman visual, disfungsi retinal, diploopia, dan kebutaan (monokuler atau binokuler). Pasien dengan halusinasi visual dapat juga mengalami anomali struktural dari sistem pemrosesan visual kortikal, seperti atrofi *gray matter* di beberapa bagian otak dan daerah serebelar. Penanda patologis penting lainnya halusinasi visual pada PDP adalah adanya *Lewy bodies* di lobus temporal. Perlu diperhatikan bahwa dalam kasus ini pasien mengalami gangguan penglihatan yang berprogresi dalam 2 tahun menjadi katarak senilis matur sehingga hal tersebut perlu dipertimbangkan dalam terjadinya halusinasi visual pada pasien. Faktor risiko halusinasi visual termasuk durasi penyakit, keparahan penyakit, gangguan mata, onset PP yang lebih tua, dan depresi. Faktor risiko lain untuk halusinasi visual adalah penurunan kognitif. Gejala psikosis pada PP termasuk halusinasi dan delusi, dan kejadian gejala ini terjadi pada pasien PP merupakan prediktor dari penempatan panti jompo dan kematian.¹⁰⁻¹²

Halusinasi visual pada pasien Parkinson stadium lanjut dapat disebabkan oleh infeksi akut, pengaruh obat-obatan anti parkinson, atau merupakan perjalanan pasien Parkinson stadium lanjut yang akan menimbulkan gejala psikosis. Infeksi akut telah disingkirkan dengan hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium yang tidak menunjang ke arah proses infeksi. Pada kasus ini obat anti parkinson seperti trihexyphenidyl telah dihentikan namun halusinasi visual masih dikeluhkan. Oleh sebab itu dalam kasus ini halusinasi visual lebih diakibatkan oleh perjalanan PP stadium lanjut yang menimbulkan gejala psikosis, sehingga tidak dibutuhkan pemeriksaan ulang CT scan kepala, namun cukup diberikan obat anti psikotik dosis kecil. Pada pasien ini keluhan membaik dengan pemberian

anti psikotik. Apabila keluhan tidak membaik maka dapat dipertimbangkan untuk melakukan MRI kepala dengan kontras.^{1,2,5}

Pemeriksaan kognitif pada pasien belum dapat dievaluasi dikarenakan pada saat pemeriksaan atensi pasien berubah-ubah sehingga Demensia pada penyakit Parkinson (F 02.3) belum dapat disingkirkan. Terlebih lagi keluarga menyatakan pasien menjadi mudah lupa dalam 6 bulan terakhir. Daya ingat jangka segera terganggu dimana pasien tidak mampu menyebutkan kembali nama pemeriksa yang sudah disebutkan sebelumnya. Daya ingat jangka pendek terganggu, pasien kesulitan mengingat menu sarapan paginya. Sedangkan daya ingat jangka panjang tergolong baik dimana penderita mampu mengingat riwayat dimana dia dibesarkan dan masa kecil.^{13,14}

Gangguan kognitif pada PP merupakan kecacatan yang berat bagi pasien dan beban bagi caregiver. Karakteristik bervariasi baik dalam domain kognitif yang terganggu, onset kejadian serta tingkat keparahannya. Pada 19% pasien yang tidak mendapatkan pengobatan Parkinson mengalami gangguan kognitif pada saat diagnosis dan secara signifikan berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas. Gangguan kognitif berupa demensia dan gangguan kognitif tanpa demensia (*Cognitive Impairment Non Demensia* = CIND).^{1,14}

Profil gangguan kognitif pada PP dapat dilihat dari berbagai area kognitif termasuk atensi dan fungsi eksekutif. Profil neuropsikiatri demensia PP dicirikan dengan gejala sindrom diseksekutif progresif dan fluktuatif, dengan defisit yang pada dasarnya sama dengan pasien PP non demensia namun sekarang disertai dengan gangguan aktivitas hidup harian (Uc EY, 2009). Defisit memori sering dijumpai, namun tidaklah terlalu parah dibandingkan demensia Alzheimer. Gangguan instrumental seperti apraksia, afasia, atau agnosia jarang ditemukan pada PDD, namun yang seringkali adalah halusinasi persisten ataupun berulang dan delusi.³

Gangguan tidur juga merupakan gangguan non-motorik yang sering dijumpai pada PP. dalam kasus yang dipaparkan pasien mengalami gangguan tidur hingga 3 hari, namun terkait hal itu pasien dan keluarga menyatakan terjadi terkait halusinasi yang dialami pasien. Gangguan tidur pada PP memiliki prevalensi 40-90%. Gangguan tidur bisa terjadi pada stadium lanjut PD namun dapat pula mendahului gejala motorik. Gangguan tidur yang dapat terjadi pada PP meliputi insomnia, *excessive daytime sleepiness*, dan gerakan berlebihan saat tidur.^{1,10}

Strategi penatalaksanaan psikosis pada Parkinson terutama adalah mengidentifikasi dan menangani kausa penyebab yang mencakup:

1. Tatalaksana umum: perbaikan irama sirkadian, bantuan alat bantu dengar dan penglihatan, lingkungan yang bersahabat untuk pasien
2. Terapi pencetus spesifik: penanganan jika terdapat infeksi, dehidrasi, koreksi elektrolit, glukosa, vitamin dan lain sebagainya
3. Eliminasi medikasi yang tidak esensial: terutama antikolinergik, antiglutamatergik, obat sedasi
4. Inhibitor kolinesterase pada pasien dengan gangguan fungsi kognitif
5. Medikasi antipsikotik

Penatalaksanaan menggunakan antipsikotik yang disarankan yaitu golongan atipikal seperti quetiapine dan clozapine. Antipsikotik atipikal dapat digunakan jika, setelah langkah lain dalam strategi tatalaksana diatas telah dikerjakan namun gejala psikosis masih mengganggu dan menetap. Clozapine direkomendasikan dan merupakan satu-satunya antipsikotik dengan khasiat terbukti di PDP. Meskipun dalam *randomized open label trial* dari 45 pasien dengan PDP, clozapine dan quetiapine terbukti sama efektifnya dalam mengurangi gejala psikotik. Antipsikotik lain telah diperiksa dalam pengobatan PDP, terutama olanzapine, risperidone, ziprasidone (antipsikotik atipikal), dan melperone (antipsikotik tipikal). Dalam studi

double-blind, olanzapine belum terbukti efektif mengobati psikosis Dalam literatur laporan kasus untuk berbagai antidepresan, termasuk clomipramine, citalopram, dan mirtazapine telah menunjukkan kemanjuran pada pasien PDP dengan komorbid depresi atau insomnia.^{9,11}

Perawatan non-intervensi untuk psikosis, termasuk psikoedukasi dan terapi perilaku kognitif, menunjukkan beberapa manfaat pada skizofrenia dan bisa juga dieksplorasi dalam pengaturan PD. Terapi musik telah digunakan dengan manfaat untuk afektif dan perilaku gejala PD.⁸

Tatalaksana baik di bidang farmakoterapi dan nonfarmakoterapi telah diberikan kepada pasien. Pasien mendapatkan terapi untuk PP dan gejala psikotik menggunakan antipsikotik atipikal, di samping itu diberikan psikoterapi suportif dan psikoedukasi, terhadap pasien dan keluarga. Seiring perawatan pasien mengalami perkembangan positif dengan perbaikan kualitas tidur, perasaan yang lebih baik dan tidak gelisah, walaupun berbicara pasien masih terkadang kurang nyambung dan halusinasi masih

didapatkan. Penanganan berkelanjutan saat rawat jalan diberikan dan pasien akan kembali dievaluasi fungsi kognitifnya setelah atensi pasien mengalami perbaikan.

Simpulan

Gejala nonmotorik PP mencakup spektrum yang luas dengan diantaranya adalah gejala neuropsikiatri berupa psikosis, gangguan kognitif, dan gangguan tidur seperti dalam kasus yang kami laporkan. Manifestasi nonmotorik sangat mempengaruhi kualitas hidup baik pasien maupun keluarga dan perawat pasien. Gejala tersebut sering kali luput dalam pemeriksaan PP dan menyebabkan keterlambatan diagnosis dan penanganan. Klinisi harus meningkatkan kewaspadaan terhadap gejala psikosis pada penyakit Parkinson yang merupakan salah satu kondisi nonmotorik PP. Pemberian tatalaksana farmakologi dan non farmakologi harus dilakukan secara terintegratif bersama dengan bidang psikiatri dan sejawat terkait lain sesuai dengan kondisi pasien.

Daftar Pustaka

1. Kelompok Studi Movement Disorder. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI). Buku Panduan Tatalaksana Penyakit Parkinson dan Gangguan Gerak Lainnya. 2015;9-33
2. Anna Chang, Susan H.Fox. *Psychosis in Parkinson's Disease: Epidemiology, Pathophysiology, and Management*. Springer International Publishing Switzerland. 2016
3. Bosboom JL, Stoffers D, Wolters E. *Cognitive dysfunction and dementia in Parkinson's disease*. J Neural Transm (Vienna). 2004;111(10–11):1303–15.
4. Dirnberger G, Frith CD, Jahanshahi M. *Executive dysfunction in Parkinson's disease is associated with altered pallidal-frontal processing*. Neuroimage. 2005;25(2):588–99
5. Dominic H. ffytche, Byron Creese et all. *The Psychosis Spectrum in Parkinson Disease*. Macmillan Publishers Limited, part of Springer Nature. 2017: p1-15
6. Eng ML, Welty TE. *Management of hallucinations and psychosis in Parkinson's disease*. Am J Geriatr Pharmacother. 2010;8(4):316–30.
7. Friedman JH. *Parkinson disease psychosis: update*. Behav Neurol. 2013;27(4):469–77.
8. Niyatee Samudra, Neepa Patel et all. *Psychosis in Parkinson Disease: A Review of Etiology, Phenomenology and Management*. Springer International Publishing Switzerland. 2016

9. Ondo WG, et al. *Olanzapine treatment for dopaminergic-induced hallucinations*. *Mov Disord*. 2002;17(5):1031–5.
10. Ascherio, A., and Schwarzschild, M. A. (2016). The epidemiology of Parkinson's disease: risk factors and prevention. *Lancet Neurol*. 15, 1257–1272. doi: 10.1016/s1474-4422(16)30230-7
11. Aarsland D, Larsen JP, Lim NG, et al. Range of neuropsychiatric disturbances in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;67:492–6.
12. Brown RG, MacCarthy B. Psychiatric morbidity in patients with Parkinson's disease. *Psychol Med*1990;20:77–87.
13. Goetz CG, Stebbins GT. Mortality and hallucinations in nursing home patients with advanced Parkinson's disease. *Neurology*1995;45:669–71.
14. Aarsland D, Andersen K, Larsen JP, et al. Prevalence and characteristics of dementia in Parkinson disease: an 8-year prospective study. *Arch Neurol* 2003;60:3