

Gangguan Waham: Diagnosis dan Tatalaksana Pendahuluan

Psikiatri • SKDI 3A

Course tingkat 3A tentang gangguan waham (delusional disorder) mencakup epidemiologi, patofisiologi, kriteria diagnosis, tatalaksana awal, dan indikasi rujukan ke spesialis.

Modul 1: Dasar dan Klasifikasi Gangguan Waham

1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Spektrum Klinis Waham

Definisi Waham

Waham (delusion) didefinisikan sebagai keyakinan palsu yang dipegang teguh oleh pasien, tidak dapat diubah oleh argumen logis maupun bukti kontradiktif, dan tidak sesuai dengan latar belakang budaya serta tingkat pendidikan pasien. Berbeda dari ideas of reference yang masih bisa dikoreksi, waham bersifat fixed false belief yang biasanya menyangkut tema tertentu: kejar (persecutory), grandeur (kebesaran), erotomanik, cemburu (jealous), somatic, atau mixed. Gangguan waham (delusional disorder) sendiri menurut DSM-5-TR adalah kondisi di mana waham menetap selama minimal satu bulan, tanpa disertai gejala psikotik mayor lain seperti halusinasi prominen, disorganisasi pikiran, atau afek yang mendatar secara bermakna.

Epidemiologi

Gangguan waham relatif jarang. Prevalensi seumur hidup diperkirakan sekitar 0,18–0,24% pada populasi umum, dengan insidensi tahunan sekitar 16–24 kasus per 100.000 orang. Subtip erotomanik dan grandiose lebih sering dijumpai pada laki-laki, sedangkan tipe somatic sedikit lebih banyak pada perempuan. Onset biasanya terjadi pada usia paruh baya (35–55 tahun), namun tidak menutup kemungkinan muncul pada usia muda atau lanjut. Berbeda dari skizofrenia, pasien gangguan waham sering kali memiliki fungsi sosial dan pekerjaan yang relatif terjaga, kecuali bila waham secara langsung mengganggu relasi interpersonal atau pekerjaan.

Spektrum Klinis

Secara klinis, spektrum gangguan waham sangat heterogen. Tipe persekutorik adalah yang paling sering dan bermanifestasi sebagai keyakinan bahwa pasien diintai, diancam, atau dikonspirasi. Tipe grandiose melibatkan keyakinan berlebihan akan kemampuan, identitas, atau hubungan istimewa. Tipe erotomanik (dikenal juga sebagai sindrom de Clerambault) ditandai keyakinan bahwa seseorang, biasanya figur terkenal, jatuh cinta kepada pasien. Tipe cemburu (Othello syndrome) adalah keyakinan tidak realistis bahwa pasangan berselingkuh. Tipe somatic, yang relevan dalam praktik kedokteran umum, berupa keyakinan adanya infestasi parasit, bau badan, atau cacat fisik padahal pemeriksaan obyektif tidak mendukung.

Implikasi untuk Praktik

Mengingat prevalensinya yang rendah namun dampak disabilitasnya signifikan, dokter di layanan primer harus memiliki ambang kecurigaan yang rendah terhadap keluhan berulang

dengan tema kejar atau somatic yang menetap, terutama bila tidak ada dasar organik pada pemeriksaan berulang. Pada level kompetensi 3A, dokter diharapkan mampu mengenali pola waham, membedakan dari keyakinan budaya atau obsesif, dan menentukan kapan perlu merujuk ke psikiater.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini dan konsultasikan dengan supervisor.

1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi

Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi gangguan waham bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi antara kerentanan biologis, psikologis, dan lingkungan sosial. Faktor risiko yang telah teridentifikasi mencakup riwayat keluarga dengan gangguan waham atau gangguan psikotik spectrum, isolasi sosial, latar belakang imigrasi atau minoritas, gangguan pendengaran sensorineural (khususnya pada waham tipe persekutodik), serta pengalaman traumatis seperti pengkhianatan atau kekerasan interpersonal. Pasien dengan tipe cemburu seringkali memiliki riwayat pasangan yang sebenarnya tidak setia atau memiliki kecenderungan kecemburuan premorbid. Untuk waham somatic, faktor riwayat medical illness yang berulang tanpa penyebab jelas dapat memicu terbentuknya keyakinan patologis.

Teori Patofisiologi

Dari perspektif neurobiologi, beberapa model integrative telah diajukan. Pertama, hipotesis dopaminergik menyatakan bahwa hiperaktivitas jalur mesolimbik-dopamin, serupa dengan skizofrenia tetapi lebih terlokalisasi, menyebabkan atribusi abnormal terhadap stimulus lingkungan. Kedua, model kognitif Freeman dan Garety menekankan peran reasoning bias, khususnya jumping to conclusions (JTC) — kecenderungan menarik kesimpulan definitif berdasarkan sedikit bukti — serta theory of mind deficits yang mengganggu proses evaluasi bukti. Ketiga, terdapat bukti neuropsikologis adanya defisit pada fungsi eksekutif, working memory, dan emosi processing yang ringan, lebih dari pada kelompok kontrol sehat tetapi kurang dari skizofrenia.

Aspek Psikososial

Stresor kehidupan seperti perceraian, kehilangan pekerjaan, atau peristiwa hidup mayor dapat berfungsi sebagai trigger onset atau eksaserbasi waham. Pada beberapa kasus, waham berfungsi sebagai upaya proteksi psikologis — misalnya, keyakinan grandiose sebagai kompensasi terhadap perasaan tidak berharga, atau waham persekutodik sebagai penjelasan terhadap perasaan tidak aman yang kronis. Insight pasien terhadap kondisi wahamnya sendiri umumnya rendah; banyak pasien yang tidak mencari pertolongan psikiatrik karena merasa masalah mereka bersifat "nyata".

Perbedaan dengan Skizofrenia

Walaupun tampak serupa secara permukaan, gangguan waham berbeda dari skizofrenia dalam beberapa hal: durasi gejala ("e1 bulan untuk gangguan waham, "e6 bulan untuk skizofrenia), dominasi waham tanpa disorganisasi thought process yang dominan, tidak ada periode prodromal yang jelas, dan fungsi premorbid yang relatif baik. Perbedaan ini bukan sekadar nosologik, tetapi memiliki implikasi pada pendekatan terapeutik dan prognosis.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini dan konsultasikan dengan supervisor.

Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana

2.1 Kriteria Diagnosis dan Penilaian Klinis

Kriteria Diagnosis

Berdasarkan DSM-5-TR, diagnosis gangguan waham ditegakkan bila dipenuhi kriteria berikut: (1) adanya waham yang menetap selama minimal satu bulan; (2) waham tersebut tidak dapat dijelaskan oleh kondisi medis lain atau efek zat; (3) selain waham, fungsi pasien tidak terganggu secara bermakna dan tidak ada periode gejala aktif yang berlangsung terus-menerus; (4) gejala mood, jika ada, hanya hadir untuk sebagian kecil durasi total; (5) gangguan tidak lebih baik dijelaskan oleh skizofrenia atau gangguan psikotik lain. ICD-11 menggunakan pendekatan serupa dengan klasifikasi 6A22 untuk delusional disorder, dengan subklasifikasi berdasarkan waham dominan.

Penilaian Klinis

Anamnesis harus dilakukan secara komprehensif dengan pendekatan empatik dan non-konfrontatif. Dokter perlu menggali onset waham, konten spesifik, derajat conviction (keyakinan), dan dampaknya terhadap fungsi sosial, pekerjaan, dan relasi interpersonal. Perlu ditanyakan riwayat penggunaan zat (ganja, amfetamin, kokain, ganja sintesis), kondisi medis seperti gangguan tiroid, SLE, defisiensi B12, dan penyakit neurodegeneratif. Riwayat keluarga gangguan psikiatrik, trauma masa kecil, dan stressor kehidupan juga relevan.

Pemeriksaan Status Mental

Pemeriksaan status mental harus sistematis, meliputi appearance, behavior, speech, mood, affect, thought form dan content (termasuk waham, ideas of reference, obsesi), perception (halusinasi), cognition, dan insight. Pada gangguan waham, biasanya thought form relatif terorganisir dan tidak ada disorganisasi pikiran. Halusinasi auditorik atau visual bukan fitur utama, namun tactile hallucination kadang dapat menyertai waham somatic. Insight secara konsisten rendah — pasien mungkin datang dengan permintaan rujukan "ke dokter yang lebih kompeten" atau "pengacara", bukan sebagai pengakuan adanya masalah psikis.

Diagnosis Banding

Beberapa diagnosis banding penting: skizofrenia (juga waham tetapi disertai disorganisasi, halusinasi, gejala negatif), gangguan mood dengan psychotic features (waham mood-congruent pada depresi atau mania), obsessive-compulsive disorder (keyakinan obsessive masih recognized sebagai irasional), dan somatic symptom disorder (preokupasi somatik tanpa fixed false belief). Delirium dan dementia dengan waham biasanya disertai disorientasi dan defisit kognitif global.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini dan konsultasikan dengan supervisor.

2.2 Tatalaksana Farmakologi dan Non-Farmakologi

Prinsip Umum Tatalaksana

Tatalaksana gangguan waham pada level 3A bersifat pendahuluan dengan fokus pada stabilisasi, edukasi, dan rujukan. Mengingat terbatasnya bukti klinis dan kompleksitas kondisi, sebagian besar manajemen definitif dilakukan oleh psikiater. Tugas dokter di tingkat primer adalah melakukan deteksi dini, eksklusi penyebab organik, inisiasi terapi suportif, dan merujuk tepat waktu.

Tatalaksana Farmakologi Awal

Antipsikotik merupakan lini utama, namun bukti efikasi pada gangguan waham lebih terbatas dibanding skizofrenia. Pada level layanan primer, dokter umumnya tidak memulai antipsikotik generasi kedua (risperidone, olanzapine, quetiapine) tanpa konsultasi psikiater karena pertimbangan dosis, durasi, dan efek samping metabolik. Untuk ansietas atau insomnia yang menyertai, dapat diberikan short-acting benzodiazepine seperti lorazepam 0,5–1 mg oral sebagai dosis rendah dan jangka pendek, dengan kewaspadaan terhadap potensi penyalahgunaan, terutama pada pasien dengan riwayat adiksi. Antidepresan SSRI dapat dipertimbangkan pada comorbid depression atau anxiety, namun harus dipilih yang memiliki interaksi minimal.

Tatalaksana Non-Farmakologi

Psikoterapi suportif, membangun therapeutic alliance, dan psychoeducation untuk keluarga adalah komponen penting. Pendekatan Cognitive Behavioral Therapy for psychosis (CBTp) telah menunjukkan bukti efikasi mengurangi conviction dan distress terkait waham, namun biasanya dilakukan oleh psikolog klinis terlatih. Dokter umum dapat melakukan: validasi perasaan pasien tanpa memperkuat waham, edukasi keluarga untuk tidak berdebat frontal dengan pasien, dan monitoring berkala terhadap risiko self-harm atau harm to others.

Manajemen Risiko

Waham persekutorik dapat memicu agresivitas jika pasien merasa terancam. Waham cemburu dapat berisiko terhadap kekerasan domestik. Waham erotomanik berpotensi mengarah ke stalking atau perilaku berbahaya terhadap objek waham. Dokter harus menilai secara rutin adanya ide self-harm, homicidal ideation, dan akses terhadap senjata api. Dokumentasi risiko dan rencana safety sangat penting.

Indikasi Rujukan

Rujuk ke psikiater bila: diagnosis belum pasti, ada risiko keamanan, gejala menetap lebih

dari 4 minggu, ada komorbiditas psikiatrik berat, atau pasien menunjukkan resistensi terhadap pendekatan suportif. Pada keadaan gawat darurat (risiko bunuh diri, kekerasan, atau perilaku yang membahayakan), rujukan ke IGD psikiatri atau RSJ harus segera dilakukan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini dan konsultasikan dengan supervisor.

Modul 3: Aplikasi Klinis dan Pendalaman

3.1 Kasus Klinis dan Pendekatan pada Layanan Primer

Kasus Ilustratif

Pasien perempuan, 48 tahun, datang ke puskesmas berulang kali dalam 6 bulan terakhir dengan keluhan bahwa tetangga sengaja memasukkan racun melalui ventilasi rumahnya. Ia melaporkan mual, sakit kepala, dan kelelahan yang ia atribusikan ke racun tersebut. Ia telah mengganti kunci rumah, menolak membuka jendela, dan minta polisi memeriksa rumah berulang kali — semuanya tidak membuahkan hasil. Pasien menolak dirujuk ke psikiater, mengatakan "dokter puskesmas tidak kompeten untuk kasus serius seperti ini".

Pendekatan pada Layanan Primer

Langkah pertama adalah membangun rapport tanpa mengonfrontasi keyakinannya. Dokter sebaiknya melakukan:

1. Validasi distress: "Saya memahami bahwa Anda sangat khawatir dengan kesehatan Anda, dan perasaan itu nyata."
2. Eksklusi organik: lakukan pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk menyingkirkan penyebab medis (intoksikasi, alergi, gangguan metabolik). Pada kasus ini, hasil laboratorium rutin normal.
3. Asesmen psikososial: evaluasi mood, tidur, nafsu makan, fungsi sosial, dan risiko self-harm.
4. Penjelasan lembut: "Hasil pemeriksaan menunjukkan tubuh Anda dalam kondisi baik. Kadang kekhawatiran berlebihan dapat membuat tubuh terasa tidak enak. Saya ingin kita melihat lebih jauh kemungkinan ini."
5. Rujukan bertingkat: libatkan keluarga untuk mendukung rujukan, dan berikan surat rujukan dengan diagnosis banding yang jelas untuk psikiater.

Pitfall yang Harus Dihindari

Dokter pemula sering membuat beberapa kesalahan: (1) mengonfrontasi waham langsung ("itu tidak benar"), yang justru memperkuat defensiveness pasien; (2) melakukan investigasi berlebihan yang memperkuat fixed false belief; (3) menunda rujukan karena ragu diagnosis; (4) tidak menilai risiko. Pada level 3A, dokter tidak diharapkan menegakkan diagnosis definitif sendiri tetapi berkolaborasi dengan psikiater.

Peran Kolaborasi dan Edukasi Keluarga

Edukasi keluarga sangat krusial. Keluarga perlu memahami bahwa waham adalah gejala, bukan pilihan, dan bahwa mengonfrontasi pasien justru memperburuk kondisi. Dokter dapat memberikan booklet edukasi sederhana tentang gangguan psikotik dan pentingnya

kepatuhan terhadap follow-up psikiater. Keluarga juga harus dilibatkan dalam monitoring gejala dan kepatuhan pengobatan.

Lesson Learned

Kasus ini menggambarkan tantangan utama gangguan waham di layanan primer: pasien tampak secara fisik sehat, menolak pertolongan psikiatrik, namun membutuhkan intervensi dini untuk mencegah deteriorasi fungsi sosial dan risiko perilaku. Ketekunan, empati, dan kolaborasi lintas disiplin adalah kunci.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini dan konsultasikan dengan supervisor.

3.2 Komplikasi, Prognosis, dan Aspek Khusus

Komplikasi yang Mungkin Terjadi

Gangguan waham yang tidak ditangani dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius. Komplikasi psikososial termasuk isolasi sosial progresif, perceraian, kehilangan pekerjaan, dan homelessness terutama pada pasien dengan waham persekutorik. Komorbiditas psikiatrik umum adalah depresi (terutama saat waham menjadi beban), gangguan kecemasan, dan peningkatan risiko substance use disorder sebagai upaya self-medication. Komplikasi perilaku mencakup agresivitas terhadap objek waham, dan pada kasus waham somatic atau erotomanik, perilaku mencari pertolongan berulang (doctor shopping) yang berisiko terhadap prosedur medis invasif yang tidak perlu.

Prognosis

Prognosis gangguan waham lebih baik dibanding skizofrenia namun tetap bervariasi. Studi follow-up jangka panjang menunjukkan bahwa sekitar 50% pasien mengalami perbaikan bermakna dengan antipsikotik dan psikoterapi, sementara 30% memiliki gejala kronis persisten, dan sebagian kecil mengalami deteriorasi menuju skizofrenia atau gangguan mood dengan psikotik. Faktor prognosis baik meliputi onset akut, waham tipe persekutorik dengan stressor yang jelas, fungsi premorbid baik, dan kepatuhan tinggi terhadap pengobatan. Faktor prognosis buruk termasuk onset insidious, waham somatic, comorbid substance use, dan riwayat keluarga skizofrenia.

Aspek Khusus pada Populasi Tertentu

Pada lansia, gangguan waham dapat muncul sebagai late-onset variant, seringkali terkait dengan gangguan sensorik (tuli), isolasi sosial, atau onset demensia. Pendekatan harus lebih hati-hati dalam dosis antipsikotik mengingat sensitivitas terhadap efek samping metabolik dan ekstrapiramidal. Pada populasi imigran, penting membedakan waham dari culturally sanctioned beliefs yang bukan patologis. Pada pasien dengan gangguan perkembangan seperti intellectual disability, threshold untuk diagnosis lebih tinggi dan

presentasi sering atipikal.

Isu Etik dan Hukum

Beberapa kasus gangguan waham dapat memiliki implikasi legal, terutama yang berkaitan dengan kapasitas membuat keputusan medis, kompetensi testament, atau pertanggungjawaban pidana. Dokter perlu memahami kapasitas pasien untuk informed consent dan meminta second opinion atau kapasitas assessment bila diperlukan. Pada kasus yang melibatkan anak sebagai objek waham (misalnya pada waham erotomanik terhadap anak di sekolah), terdapat kewajiban pelaporan untuk perlindungan anak.

Ringkasan dan Pesan Kunci

Gangguan waham adalah kondisi psikiatrik yang sering kali under-recognized di layanan primer. Pemahaman tentang spektrum klinis, kemampuan melakukan asesmen awal yang sensitif, dan ketepatan rujukan adalah kompetensi inti dokter di level 3A. Kolaborasi dengan psikiater, psikolog, dan keluarga adalah fondasi manajemen yang berhasil.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini dan konsultasikan dengan supervisor.

Daftar Pustaka / Referensi

1. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa: Gangguan Waham. PDSKJI / Kemenkes RI (2017). <https://www.pdskji.or.id>
2. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Delusional Disorder. WHO (2019). <https://icd.who.int>
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry, 12th Edition. Wolters Kluwer (2022).
4. Maramis WF, Maramis AA. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, Edisi 2. Airlangga University Press (2018).
5. Freeman D. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. Cognitive Neuropsychiatry (2016).
6. Mike Skelton, Waqqas Ahmad Khokhar, Simon P Thacker. Treatments for delusional disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews (2015). doi:10.1002/14651858.cd009785.pub2
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing (2022).
8. Garety PA, Freeman D. The past and future of delusions: implications for clinical models and treatment. Schizophrenia Bulletin (2013).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.