



PENATALAKSANAAN SECARA HOLISTIK PADA NY. R 39 TAHUN DENGAN SKIZOFRENIA MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA

Muhammad Primawan Mukmin Suratinojo*, Irna Wijaya

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Gedong Meneng, Rajabasa, Bandar Lampung, Lampung 35145, Indonesia

*primawan.1234@gmail.com

ABSTRAK

Masalah kesehatan jiwa masih menjadi permasalahan yang serius di dunia, termasuk di Indonesia. Tingginya kasus depresi, gangguan kecemasan, gangguan bipolar, hingga skizofrenia masih belum bisa diatasi. Pada tahun 2013 terjadi peningkatan prevalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia dari 1,7 per 1.000 rumah tangga menjadi 70 per 1.000 rumah tangga. Pada kegiatan ini dilakukan pemeriksaan dan penatalaksanaan secara komprehensif dengan pendekatan kedokteran keluarga. Menerapkan prinsip pendekatan kedokteran keluarga secara holistik dan komprehensif dalam mendeteksi faktor risiko internal dan eksternal serta menyelesaikan masalah bersifat *family focused*, *patient centered* dan *community based*. Studi ini merupakan studi deskriptif tentang laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis dan alloanamnesis, pemeriksaan status mental dan kunjungan ke rumah, serta rekam medis pasien sebagai data sekunder. Pasien Ny. R, usia 39 tahun yang secara klinis pasien didiagnosis mengalami skizofrenia paranoid. Dilakukan penatalaksanaan dengan pendekatan kedokteran keluarga dengan menggunakan alat berupa poster dan sosialisasi kepada pasien dan keluarga. Pada evaluasi didapatkan pemahaman pasien dan keluarga mengenai penyakit pasien yang lebih baik dan perubahan perilaku yang berdampak positif bagi pasien. Penatalaksanaan secara komprehensif dengan pendekatan kedokteran keluarga penting untuk mengidentifikasi berbagai aspek guna penegakan diagnosis demi mendukung keberhasilan terapi dan memperbaiki kualitas hidup pasien.

Kata kunci: dukungan keluarga; pelayanan kedokteran keluarga; skizofrenia

COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF NY. R AGE OF 39 YEARS WITH SCHIZOPHRENIA THROUGH FAMILY MEDICINE APPROACH

ABSTRACT

Mental health problems are still a serious problem in the world, including in Indonesia. The high number of cases of depression, anxiety disorders, bipolar disorder and schizophrenia still cannot be overcome. In 2013, there was an increase in the prevalence of serious mental disorders such as schizophrenia from 1.7 per 1,000 households to 70 per 1,000 households. In this activity, a comprehensive examination and management is carried out using a family medicine approach. Apply the principles of a holistic and comprehensive approach to family medicine in detecting internal and external risk factors and solving problems in a family focused, patient centered and community based manner. This study is a descriptive study of case reports. Primary data was obtained through autoanamnesis and alloanamnesis, mental status examination and home visits, as well as patient medical records as secondary data. Patient Mrs. R, 39 years old, the patient was clinically diagnosed as having paranoid schizophrenia. Management is carried out using a family medicine approach using tools in the form of posters and outreach to patients and families. In the evaluation, it was found that the patient and family had a better understanding of the patient's illness and changes in behavior that had a positive impact on the patient. Comprehensive

management using a family medicine approach is important to identify various aspects to establish a diagnosis to support the success of therapy and improve the patient's quality of life.

Keywords: *family medical services; family support; schizophrenia*

PENDAHULUAN

Salah satu permasalahan di bidang kesehatan yang masih cukup serius di dunia, termasuk Indonesia hingga saat ini adalah masalah kesehatan. Menurut WHO (2022) terdapat sekitar 280 juta orang yang mengalami depresi, 301 juta orang dengan gangguan kecemasan, 40 juta orang dengan gangguan bipolar dan 24 juta orang mengalami skizofrenia (WHO, 2022). Berdasarkan Data Riset Kesehatan tahun 2018, terdapat peningkatan prevalensi gangguan mental pada usia 15 tahun dari tahun 2013 yaitu sebesar 6% menjadi 9,8%. Sedangkan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia mengalami peningkatan dari tahun 2013 dengan jumlah 1.7 per 1.000 rumah tangga menjadi 70 per 1.000 rumah tangga (Kemenkes RI, 2019). Menurut Sadock (2010), prevalensi terbanyak adalah orang dengan skizofrenia paranoid (40,8%), skizofrenia residual (39,4%), skizofrenia hebrefenik (12%), dan skizofrenia simpleks (0,7%). Provinsi Lampung merupakan salah satu provinsi dengan prevalensi gangguan jiwa yang cukup tinggi dan terus mengalami peningkatan hingga 6% pada tahun 2019. Berdasarkan Data Riset Kesehatan Dasar (2018), terdapat 8.969 orang yang mengalami skizofrenia di Provinsi Lampung, sedangkan kabupaten Pesawaran memiliki 465 orang yang mengalami skizofrenia (Kemenkes RI, 2019). Menurut Riskesdas (2018), pengobatan pada penderita skizofrenia di Indonesia sudah mencapai 84,9% namun masih terdapat 51,1% penderita skizofrenia yang tidak menjalani pengobatan dengan baik, dengan beberapa alasan seperti sudah merasa sehat (36,1%), tidak rutin berobat (33,7%) dan terdapat (23,6%) yang tidak mampu membeli obat dengan rutin (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III), skizofrenia diartikan sebagai suatu sindrom dengan penyebab yang bervariasi dan belum diketahui hingga saat ini. Salah satu hal yang sering dihubungkan dengan penyebab terjadinya skizofrenia adalah ketidakseimbangan dopamin (Maslim, 2013). Berbagai upaya penatalaksanaan dapat dilakukan untuk mengatasi skizofrenia dengan tujuan mengembalikan fungsi normal pada pasien dan mencegah kekambuhan. Penatalaksanaan dengan farmakoterapi merupakan penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada penderita skizofrenia, namun hal tersebut tidak akan maksimal jika pasien tidak patuh dan rutin terhadap pengobatan dan tidak terdapat dukungan dari keluarga (Refnandes dan Almaya, 2021). Kepatuhan merupakan hal utama yang harus dilakukan oleh penderita skizofrenia yang sangat berpengaruh terhadap hasil pengobatannya (Mulyani *et al*, 2010). Terdapat beberapa faktor yang dapat berperan dalam kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia yaitu dukungan keluarga, pendidikan, penghasilan, efek samping obat serta usia (Refnandes dan Almaya, 2021).

Dukungan dari keluarga sangat diperlukan supaya pasien dapat mengakses pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan secara teratur dan memastikan pasien teratur mengonsumsi obat yang sudah didapatkan sesuai dengan ketentuan. Pasien yang mendapatkan dukungan keluarga yang adekuat dan terus menerus kepada pasien skizofrenia baik dukungan penilaian, dukungan instrumental, dukungan informasi, dan dukungan emosional, pasien akan merasakan bahwa keluarga merupakan penyemangan hidup yang memberikan dorongan serta dukungan yang dibutuhkan (Sari *et al*, 2018). Keluarga juga berperan penting dalam menentukan asuhan yang dibutuhkan oleh pasien. Kebutuhan lain dari peran keluarga untuk pasien adalah dapat berfungsi

dalam meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta pasien bisa beradaptasi dengan kehidupan sosialnya (Sari *et al*, 2019). Oleh karena itu dibutuhkan pembinaan terhadap keluarga agar anggota keluarga dapat ikut serta dalam upaya penyembuhan pasien. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis dan diagnosis holistik yang terdapat pada pasien, serta menerapkan pelayanan kedokteran keluarga secara holistik berdasarkan masalah yang ditemukan pada pasien serta melakukan penatalaksanaan pasien berbasis *Evidence Based Medicine* yang bersifat *patient centered* dan *family approach*.

METODE

Studi ini merupakan studi laporan kasus dekriptif. Data didapatkan dengan cara autoanamnesis dan alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan langsung ke rumah, untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian diambil dengan dasar diagnosis holistik mulai dari awal, proses, dan hingga akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Anamnesis

Pasien dengan nama Ny. R, berjenis kelamin perempuan berusia 39 tahun datang ke Puskesmas Rawat Inap Gedong Tataan diantar oleh kakaknya untuk mengambil surat rujukan ke rumah sakit jiwa dengan keluhan utama mendengar suara bisikan sejak 4 bulan yang lalu. Awalnya pasien mengeluhkan mendengar suara bisikkan seperti orang berbicara kasar terhadap dirinya, menyalahkan dirinya dan berbicara tentang mati serta bisikan untuk melakukan bunuh diri. Pasien mengaku mendengar bisikkan saat pasien sedang beraktifitas dan akan semakin sering mendengar bisikkan tersebut pada saat pasien beristirahat. Sejak saat itu pasien merasa orang-orang disekitarnya membencinya sehingga pasien sangat takut terhadap orang-orang disekitarnya. Hal itu membuat pasien lebih suka di kamar sendirian. Pasien juga mencurigai orang-orang disekitarnya akan menyakitinya karena dirinya gila. Pasien mengaku tidak pernah melihat bayangan-bayangan, tidak dikendalikan dan tidak merasa memiliki kekuatan yang lebih dari orang lain. Menurut kakak pasien, ini bukan kali pertama pasien mengalami hal seperti ini sejak pasien belum menikah. Menurut pasien dan keluarganya, pasien tidak pernah kejang atau terbentur kepalanya serta tidak menggunakan narkoba. Menurut keluarga pasien, pasien orangnya pendiam dan jarang berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya. Tidak ada riwayat keluhan serupa pada keluarga pasien. Pasien dan keluarga memiliki keinginan untuk pasien cepat sembuh dan tidak mengonsumsi obat-obatan lagi. 2 bulan ini pasien sedang pada masa pengobatan bukan untuk yang pertama kalinya. Pasien tidak rutin minum obat karena efek sampingnya yang membuat pasien sering merasa mengantuk setelah meminum obat dan berat badannya naik. Anggota keluarga lainnya dan suaminya pun jarang mengingatkan pasien untuk meminum obatnya secara teratur.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/80 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36,3 °C, berat badan 65 kg, tinggi badan 157 cm. IMT = 26,4 dengan interpretasi overweight.

Status Generalis

Bentuk kepala bulat. Mata, telinga, hidung, dan leher tidak tampaknya ada. Pemeriksaan paru didapatkan gerakan dinding dada dan fremitus taktil kiri dan kanan simetris, dari auskultasi tidak ada rhonki maupun wheezing, sehingga kesan dalam batas normal. Pemeriksaan jantung didapatkan tidak

terjadi pelebaran batas jantung, auskultasi jantung tidak terdapat murmur ataupun gallop, sehingga kesan dalam batas normal. Pemeriksaan abdomen didapatkan bentuknya cembung, tidak ada nyeri tekan, tidak ditemukan organomegali dan asites, sehingga kesan dalam batas normal. Pemeriksaan ekstremitas tidak terdapat edema, akral hangat, sehingga kesan dalam batas normal.

Pemeriksaan Status Mental

Pada pemeriksaan status mentalis pada pasien didapatkan:

Deskripsi umum: penampilan; berpakaian sesuai dengan usia pasien, bersih, berbaju hitam, berjilbab hitam, kulit sawo matang; perilaku dan aktivitas psikomotor: tampak tenang; sikap terhadap pemeriksa: kooperatif.

Pembicaraan: spontan dan lancar, volume cukup, artikulasi jelas, menjawab sesuai dengan pertanyaan, kuantitas dan kualitas cukup.

Keadaan afektif: mood: eutimia; afek: luas; keserasian: serasi.

Persepsi; terdapat halusinasi auditori; halusinasi visual tidak ada, tidak terdapat ilusi, depersonalisasi dan derealisasi.

Pikiran: proses pikir: produktivitas cukup, kontinuitas relevan, hendaya berbahasa tidak ditemukan; arus pikir: koheren; isi pikir: terdapat waham curiga.

Kesadaran dan kognisi: didapatkan orientasi tempat, waktu dan situasi baik.

Pengendalian impuls dan daya nilai: baik.

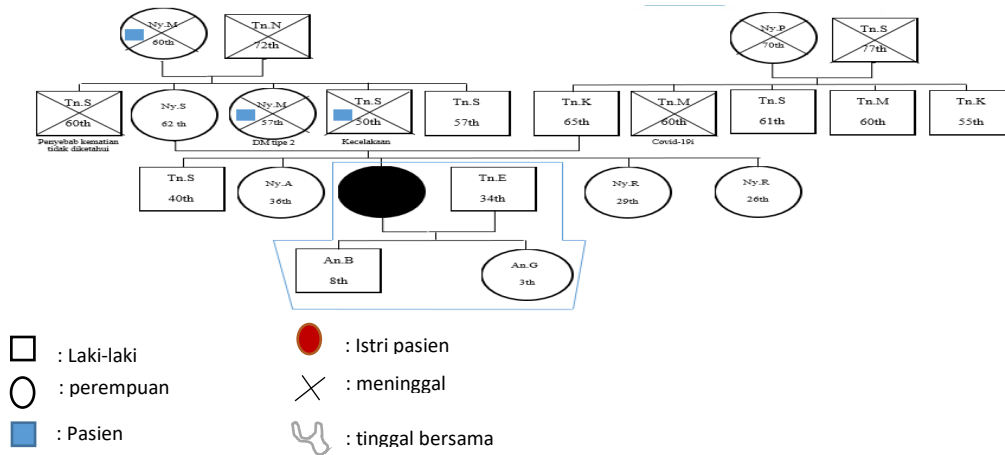
Tilikan: Pasien dinilai dengan nilai tilikan 4 yakni pasien menyadari bahwa dirinya sedang sakit dan butuh bantuan orang lain namun pasien tidak mengetahui penyebabnya.

Taraf dapat dipercaya: Pembicaraan pasien dapat dipercaya.

DATA KELUARGA

Saat ini status pasien menikah dan sudah punya dua anak. Dirumahnya pasien bersama suami dan anaknya. Namun suami pasien sering pergi ke luar kota untuk bekerja sehingga pasien hanya tinggal bersama kedua anaknya. Hubungan pasien dengan anggota keluarganya kurang baik. Bentuk keluarganya merupakan keluarga inti yang terdiri dari pasien, suami pasien dan anak pasien. Komunikasi dan hubungan dalam keluarga kurang baik, jika ada masalah dalam keluarga diselesaikan dengan diskusi keluarga. Suami pasien bekerja sebagai buruh bangunan yang sering dipekerjakan di luar kota. Sehari-hari pasien hanya mengerjakan pekerjaan rumahnya saja. Pasien lebih suka sendirian dikamar dari pada bersosialisasi dan berbaur dengan tetangganya. Diskusi menjadi cara untuk memecahkan masalah di keluarganya. Keputusan keluarga diambil oleh suami pasien. \ Penghasilan suami pasien yang bekerja sebagai buruh bangunan digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Perbulan biasanya mendapatkan ± Rp.500.000,- hingga Rp.800.000,-. Keluarga ini berobat hanya jika ada keluhan saja dan berobatnya ke Puskesmas Gedong Tataan yang berjarak kurang lebih 3 kilometer dari rumahnya. Pasien saat ini memiliki jaminan kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS).

Genogram



Gambar 1. Genogram keluarga Ny. R

Family APGAR Score

Tabel 1.
Family APGAR score

	APGAR	Skor
<i>Adaptation</i>	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	1
<i>Partnership</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	1
<i>Growth</i>	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	0
<i>Affection</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	1
<i>Resolve</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	0
Total		3

Total *Family APGAR Score* : 3 (Disfungsi keluarga tinggi)

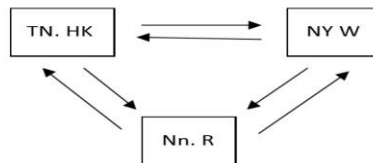
Family SCREAM

Dapat dilihat pada tabel. 2 *family screem Score* pada keluarga ini adalah 19. Sehingga dikatakan fungsi keluarga Ny. R adalah sumber daya keluarga kurang memadai

Tabel 2.
 Family SCREEM

	Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS	S	TS	STS
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		v		
S2	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami			v	
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami			v	
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami			v	
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami		v		
R2	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		v		
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami			v	
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami			v	
E'1	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit		v		
E'2	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami		v		
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		v		
M2	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		v		
	Total		14	5	

Family Map



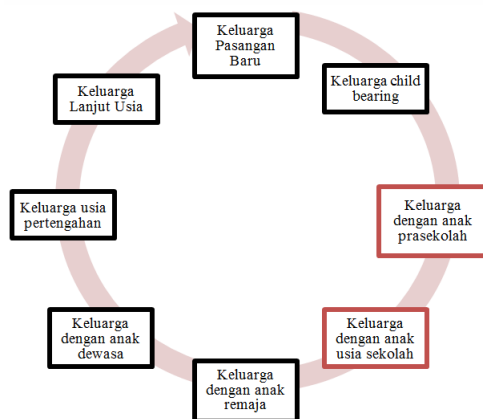
Keterangan :

- ↔ (Hubungan Erat)
- ↔ (Hubungan Sangat Erat)

Gambar 2. Family Map Tn. HK

Family Lifecycle

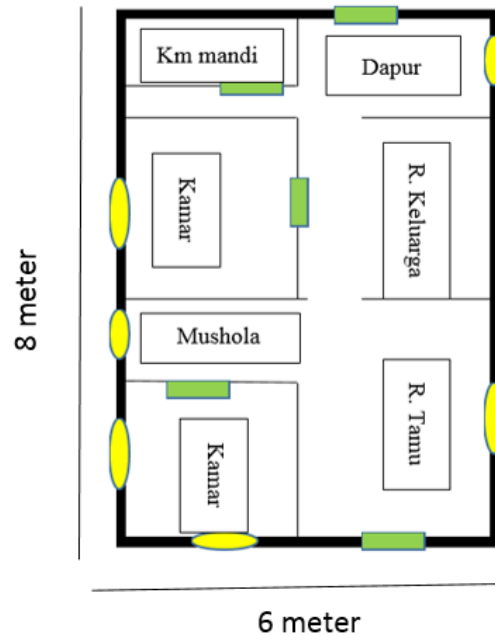
Berdasarkan family life cycle menurut Duvall tahun 1977, siklus keluarga Ny. R berada pada tahap keluarga dengan anak usia sekolah dasar.





Gambar 3. Siklus Hidup Keluarga Ny. R

DATA LINGKUNGAN RUMAH

Luas rumah pasien adalah 8 x 6 meter². Didalamnya ada dapur, ruang tamu, ruang keluarga, satu kamar mandi dan dua kamar tidur. Lantai rumah sudah disemen dan dindingnya belum dicat. Penerangan di dalam rumah baik dan lubang ventilasi ada di dinding rumah. Rumah terlihat berantakan dan kurang bersih. Rumah sudah memiliki listrik dan terdapat sumur di belakang rumah. Air minum menggunakan air dari sumur yang dimasak. Ada banyak tetangga disekitar rumahnya.



Keterangan:

-  : Jendela dengan ventilasi
-  : Pintu

Gambar 4. Rumah Ny. R

DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan datang: mendengar bisikkan suara dan merasa curiga dengan orang lain.
- Kekhawatiran: merasa khawatir jika penyakitnya semakin parah dan serius.
- Harapan: Pasien memiliki keinginan untuk cepat sembuh (tidak mendengar suara bisikan) sehingga tidak mengonsumsi obat-obatan lagi.
- Persepsi: Keluhan muncul akibat kepala pasien terbentur tembok 5 tahun lalu.

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

- Aksis I : Skizofrenia (ICD 10 F.20, ICPC-2: P98)
- Aksis II : Tidak ada
- Aksis III : Tidak ada
- Aksis IV : Masalah psikososial dan ekonomi
- Aksis V : GAF 70-61

Aspek 3. Risiko internal

- Pasien adalah orang yang pendiam dan tidak suka bercerita tentang masalahnya.

- Sumber ekonomi yang kurang.
- Pengetahuan pasien yang kurang tentang penyakitnya

Aspek 4. Risiko Eksternal

- Keluarga pasien tidak mengetahui keadaan pasien.
- Keluarga kurang memahami tentang penyakit yang pasien alami.

Aspek 5. Derajat Fungsional

Pasien masih mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam rumah dan di luar rumah sehingga derajat fungsinya 2.

RENCANA INTERVENSI

Patient Centered

Farmakologi

1. Haloperidol 1,5 mg/12 jam
2. Triheksifenidil 2 mg/24 jam
3. Chlorpromazine 50 mg/12 jam

Non- Farmakologi

1. Mengedukasi pasien tentang skizofrenia mulai dari pengertian, factor-faktor yang dapat berpengaruh, tanda gejala, tatalaksana, dan komplikasi.
2. Melakukan Cognitive Behavior Theraphy sederhana dengan cara mengobrol dengan pasien mengenai apa yang pasien rasakan, apa saja harapan pasien, dan membantu pasien memahami gejala-gejala yang dialami.
3. Mengedukasi cara minum obat sesuai dengan jadwal dan dosis yang telah ditentukan oleh dokter.
4. Menganjurkan pasien untuk lebih banyak berkomunikasi dengan keluarga dan bersosialisasi dengan tetangga sekitar, serta mengatur stres.

Family Focus

1. Memberikan edukasi mengenai skizofrenia meliputi definisi, faktor reriko, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, dan komplikasi dengan menggunakan poster.
2. Edukasi mengenai perlunya dukungan dan perhatian lebih dari seluruh anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien.
3. Edukasi kepada keluarga untuk selalu mengajak pasien melakukan aktifitas dan tidak meninggalkan pasien sehingga pasien tidak banyak melamun.
4. Menunjuk anggota keluarga (adik kandung pasien) untuk menjadi PMO serta mengedukasi kepada keluarga untuk rutin mendampingi pasien ke fasilitas layanan primer guna mengontrol kondisi medisnya, sehingga keluarga mengerti mengenai keluhan dari pasien dan bagaimana pengobatannya.

Community Oriented

1. Mendukung pasien untuk sembuh dan tidak mengucilkan pasien.
2. Menyarankan pasien agar bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.
3. Menyarankan pasien agar melakukan aktifitas bersama dengan masyarakat sekitar.

DIAGNOSIS HOLISTIK AKHIR

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: mendengar bisikkan suara dan merasa curiga dengan orang lain.
- Kekhawatiran: Pasien khawatir jika penyakit yang dideritanya semakin parah dan memiliki kekhawatiran jika mengidap penyakit yang serius.
- Harapan: Pasien memiliki keinginan untuk cepat sembuh (tidak mendengar suara bisikan) sehingga tidak mengonsumsi obat-obatan lagi.
- Upaya: Pasien sudah mau minum obat, mulai rutin bersosialisasi dengan keluarga dan masyarakat sekitar.

2. Aspek Klinis

- Aksis I : Skizofrenia (ICD 10 F.20, ICPC-2: P98)
- Aksis II : Tidak ada
- Aksis III : Tidak ada
- Aksis IV : Masalah psikososial dan ekonomi
- Aksis V : GAF 70-61

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien mulai mau bercerita mengenai masalah dan pikiran pasien dengan keluarga pasien. Pasien mulai mau bersosialisasi dengan keluarga dan masyarakat lainnya
- Pasien mulai memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyakit yang dialami, penyebab, gejala, dan pengobatan.
- Pasien teratur dalam mengonsumsi obat sehingga keluhan dirasakan membaik.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Keluarga: Keluarga pasien mulai mengingatkan pasien untuk meminum obat dan mendukung kegiatan pasien serta mendengarkan keluhan pasien.

5. Derajat Fungsional

Satu, yaitu pasien mampu melakukan pekerjaan sama seperti sebelum sakit.

Berdasarkan data yang diperoleh dari anamnesis dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan status mentalis, pasien didiagnosis mengalami skizofrenia paranoid. Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III), skizofrenia diartikan sebagai suatu sindrom dengan penyebab yang bervariasi dan belum diketahui hingga saat ini. Salah satu hal yang sering dihubungkan dengan penyebab terjadinya skizofrenia adalah ketidakseimbangan dopamin (Maslim, 2013). Skizofrenia ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), gangguan kognitif serta mengalami kesukitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Maslim, 2010). Beberapa ilmuwan menyakini bahwa skizofrenia merupakan penyakit biologis yang disebabkan oleh faktor genetik, ketidakseimbangan kimiawi di otak, abnormalitas struktur otak atau abnormalitas dalam lingkungan. Pada mereka yang telah memiliki predisposisi, berbagai peristiwa stres dalam hidup dapat memberikan kontribusi pada perkembangan skizofrenia (PP PDSKJI, 2012). Diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan apabila memiliki minimal satu gejala yang jelas dari gejala positif atau negatif, yang harus ada dengan jelas terjadi selama kurun waktu satu bulan atau lebih. Gejala positif skizofrenia yaitu : 1) waham atau gangguan isi pikir, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional. Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya; 2) Halusinansi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan. Halusinasi dapat berupa 3) Gangguan pembicaraan seperti inkohrensia,

sirkumskripta, asosiasi longgar, dan tangensial; 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan. Gejala negatif skizofrenia terdiri dari; 1) Alam perasaan “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi; 2) Menarik diri atau mengasingkan diri tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun; 3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam; 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial; 5) Sulit dalam berfikir abstrak; 6) Tidak ada/kehilangan minat/hendaya sosial maupun pekerjaan.

Penatalaksanaan pada pasien ini dilakukan secara komprehensif dengan pendekatan kedokteran keluarga melalui pembinaan dan intervensi. Penatalaksanaan dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien sebanyak 3 kali. Pada kunjungan pertama penulis melakukan kegiatan meminta izin serta kesediaan pasien dan keluarga untuk melakukan pembinaan dan intervensi terkait penyakit yang dialami pasien. Penulis juga menilai karakteristik demografi keluarga, fungsi keluarga dan mengidentifikasi faktor-faktor lain yang berperan terhadap timbulnya penyakit yang dialami pasien. Berdasarkan beberapa data yang diperoleh kesimpulan bahwa pasien mengalami skizofrenia akibat dari berbagai faktor yaitu faktor stres dikarenakan kesulitan ekonomi dan tipe kepribadian yang suka menyendiri. Hal tersebut yang menyebabkan munculnya gejala halusinasi auditor dan waham yang dialami pasien. Keadaan stres merupakan keadaan atau peristiwa yang dapat menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, kegagalan dari adaptasi ini menyebabkan timbulnya berbagai jenis gangguan jiwa seperti skizofrenia yang dialami pasien saat ini (Hendarsyah, 2016). Faktor psikososial seperti kurangnya dukungan keluarga terhadap pemecahan masalah yang dihadapi pasien merupakan salah satu faktor stresor yang dapat menekan kehidupan pasien. Selain itu, status ekonomi rendah mempunyai resiko 6 kali untuk mengalami gangguan skizofrenia (Zahnia dan Wardani, 2016). Setelah menyimpulkan permasalahan dan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya skizofrenia pada pasien, penulis melakukan intervensi dengan memberikan edukasi dan penjelasan mengenai penyakit yang dialami pasien dan pengobatan yang dilakukan pasien. Pasien sudah mendapatkan terapi farmakologi berupa haloperidol 2x1,5 mg dan chlorpromazine 1x50mg selain itu pasien juga mendapatkan antimuskarinik berupa Trihexyphenidyl Hcl 1x2mg yang dikonsumsi selama satu bulan. Menurut panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan tingkat pertama, tatalaksana farmakologi pada skizofrenia yaitu obat antipsikotik berupa haloperidol 2-3x2-5mg/hari atau risperidon 2x 1-3mg/hari, atau chlorpromazine 2-3x100-200mg/hari (IDI, 2017). Penggunaan kombinasi antipsikotik akan menghasilkan target reseptor yang bervariasi dan lebih besar sehingga dapat meningkatkan khasiat antipsikotik dengan meningkatnya antagonis reseptor D2 dopaminergik secara aditif dan diharapkan dapat mengurangi efek samping yang terkait dengan dosis masing-masing obat (Saputri et al, 2019). Kombinasi haloperidol-chlorpromazin (55%) lebih banyak digunakan dibandingkan kombinasi haloperidol-chlorpromazin-clozapin (45%) pada pasien skizofrenia. Haloperidol dan chlorpromazine memiliki mekanisme kerja sebagai antagonis reseptor D2 dan D3 yang merupakan antipsikotik tipikal yang mampu mengatasi gejala positif pada pasien skizofrenia, tetapi kurang efektif dalam mengatasi gejala negatif (Ren et al, 2013).

Pasien juga diberikan trihexyphenidyl sebagai antikolinergik untuk mengurangi efek samping ekstrapiramidal karena pasien mengalami tremor pada kedua tangan. Selain secara medikamentosa, pasien juga mendapatkan intervensi non medikamentosa berupa 1). Memberikan edukasi mengenai skizofrenia meliputi definisi, faktor resiko, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, dan komplikasi. 2). Melakukan Cognitive Behavior Therapy sederhana dengan cara

mengobrol dengan keluarga pasien mengenai apa yang pasien rasakan, apa saja harapan pasien, dan membantu pasien memahami gejala-gejala yang dialami. 3). Memberikan edukasi mengenai teratur untuk meminum obat sesuai jadwal dan dosis yang telah diberikan. 4). Mengajarkan pasien untuk mulai sering bersosialisasi dengan keluarga dan tetangga sekitar serta cara untuk memanajemen stress. Intervensi juga dilakukan dengan kegiatan family focused yang melibatkan kakak pasien secara bersamaan dengan melakukan 1). Edukasi kepada anggota keluarga dengan menggunakan media poster tentang skizofrenia meliputi definisi, faktor resiko, gejala, pengobatan dan dukungan keluarga. 2). Edukasi kepada keluarga mengenai perlunya dukungan dan perhatian lebih dari seluruh anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien. 3). Edukasi kepada keluarga untuk selalu mengajak pasien melakukan aktifitas dan tidak meninggalkan pasien sehingga pasien tidak banyak melamun. 4). Menunjuk kakak pasien sebagai PMO serta mengedukasi kepada keluarga untuk rutin mendampingi pasien ke fasilitas layanan primer guna mengontrol kondisi medisnya, sehingga keluarga mengerti mengenai keluhan dari pasien dan bagaimana pengobatannya. Pada kunjungan ketiga, dilakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah diberikan kepada pasien bertujuan untuk menilai apakah target yang diharapkan dari kegiatan intervensi tercapai. Kegiatan tersebut dilaksanakan pada tanggal 23 Juli 2022. Pasien mengatakan bahwa ia mematuhi aturan pengobatan skizofrenia yang telah dijelaskan sebelumnya, ia tidak sekalipun melewatkan jadwal minum obat, kakaknya juga selalu mengingatkan dan melihat ia mengonsumsi obat rutin skizofrenia. Pasien mulai berinteraksi dengan masyarakat sekitar lebih sering serta mengurangi melamun dan menyendiri dirumah. Pasien mengatakan bahwa anggota keluarganya khususnya kakak kandungnya mulai banyak mendukung pasien selama pengobatan, terutama dalam hal mengingatkan jadwal minum obat dan mendukung untuk dapat beraktivitas kembali. Setelah intervensi juga didapatkan peningkatan pengetahuan pasien mengenai skizofrenia yang dinilai dari hasil posttest dan dibandingkan dengan hasil pretest.

SIMPULAN

Diagnosis pada pasien ini ditegakkan berdasarkan dari gejala-gejala yang ada seperti, halusinasi auditorik dan waham curiga. Beberapa faktor yang berpengaruh terjadinya penyakit jiwa skizofrenia pada pasien ini antara lain, sifat pendiam, menutup diri, tidak mau bercerita tentang masalahnya, dan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya. Kurangnya pengetahuan pada keluarga juga menjadi faktor eksternal yang berpengaruh. Tatalaksana farmakologi dan non-farmakologi telah diberikan kepada pasien Ny. R dengan skizofrenia secara komprehensif. Pada akhirnya setelah dilakukan evaluasi, didapatkan peningkatan pengetahuan pada pasien dan keluarga tentang penyakit yang diderita oleh pasien dan cara untuk menanganinya dengan obat-obatan dari rumah sakit maupun dukungan secara langsung yang dapat diberikan oleh keluarga dan pasien itu sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization. (2022). Mental Disorders. Published from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Kemkes RI. (2019). Laporan Provinsi Lampung Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Sadock BJ, Sadock VA.(2010). Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis. Jakarta: EGC
- Riskesdas. (2018). Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia. InfoDATIN. Published online 2018:12.

- Maslim R. (2013). Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III Dan DSM-5. Jakarta: Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya;
- Refnandes R, Almaya Z. (2021). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia. NERS J Keperawatan. Vol.17(1):54. doi:10.25077/njk.17.1.54-62.2021
- Muliyani M, Isnani N, Putra Solihin RAAHS. (2010). Hubungan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Poli Jiwa Rsud. Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. J Kaji Ilm Kesehat dan Teknol. Vol.2(1):35-39. doi:10.52674/jkikt.v2i1.32
- Sari AF, Giena VP, Effendi S. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dan Jarak Tempat Tinggal Dengan Kepatuhan Jadwal Kontrol Pasca Keluar Rumah Sakit Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Jiwa (RSKJ) Soeprapto Provinsi Bengkulu Tahun 2018. Chmk Nurs Sci J. 2018;3(2):69-79.
- Sari DD, Mayasari D, Graharti R. (2019). Skizofrenia Paranoid pada Laki-laki Usia 45 Tahun dengan Penatalaksanaan Holistik Kedokteran Keluarga. Majority. Vol.8(2):7-13.
- Elvira SD, Hadisukanto G.(2012). Buku Ajar Psikiatri. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2
- Pengurus Pusat Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa (PP PDSKJI). (2012). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Jiwa/Psikiatri. PP PDSKJI..
- Hendarsyah F. (2016). Diagnosis dan Tatalaksana Skizofrenia Paranoid dengan Gejala-Gejala Positif dan Negatif. J Medula Unila. Vol.4(3):57;60. <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/view/1587>
- Utomo TL. (2013). Hubungan Antara Faktor Somatik, Psikososial, Dan Sosiokultur Dengan Kejadian Skizofrenia Di Instalasi Rawat Jalan RSJD Surakarta. Vol.01(02):2-17.
- Zahnia S, Wardani DWS. (2016) Kajian Epidemiologis Skizofrenia. Majority. Vol.5(5):160-166. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>
- Ikatan Dokter Indonesia (IDI).(2017). Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Menteri Kesehat Republik Indones. Published online 2017:162, 364.
- Saputri RP, Sulistyawati EE, Untari MK. (2019). Analisis Rasionalitas Penggunaan Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2016. Pharmacon J Farm Indones. Vol.15(1):19-28. doi:10.23917/pharmacon.v15i1.6180
- Ren Y, Wang H, Xiao L. (2013). Improving myelin/oligodendrocyte-related dysfunction: A new mechanism of antipsychotics in the treatment of schizophrenia? Int J Neuropsychopharmacol. Vol.16(3):691-700. doi:10.1017/S1461145712001095