



**PENATALAKSANAAN SECARA KOMPREHENSIF PASIEN LAKI-LAKI USIA 20
TAHUN DENGAN SKIZOFRENIA MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN
KELUARGA**

Wahyu Agung Saputra*, Ety Apriliana, Anisa Nuraisa Jausal

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Gedong Meneng,
Rajabasa, Bandar Lampung, Lampung 35141, Indonesia

*Wahyuagungdwisaputra3@gmail.com

ABSTRAK

Skizofrenia termasuk dalam empat besar masalah kesehatan yang dihadapi dunia saat ini. Hal ini sesuai dengan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang memperkirakan 280 juta orang menderita depresi, 301 juta orang menderita gangguan kecemasan, 40 juta orang menderita penyakit bipolar, dan 24 juta orang menderita skizofrenia. Tujuan penelitian ini untuk menerapkan pelayanan kedokteran keluarga berdasarkan evidence based medicine pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta tatalaksana pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah dengan patient centered, family approach dan community oriented. Studi yang dilakukan adalah sebuah laporan kasus. Kunjungan rumah, pemeriksaan status mental, dan autoanamnesis dan alloanamnesis digunakan untuk mengumpulkan data primer. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Diagnostik holistik pertama, prosedur, dan kesimpulan kunjungan menjadi dasar penilaian. Hasil penelitian ini yaitu berupa intervensi dengan menggunakan media poster dan mengajak pasien bersosialisasi. Pemahaman yang lebih mendalam tentang penyakit dan perubahan perilaku yang mempengaruhi kemanjuran pengobatan adalah salah satu hasil yang dicapai. Kesimpulan penelitian ini adalah pengobatan keluarga telah digunakan untuk mendiagnosis dan merawat pasien dengan cara patient centered, family approach, dan community oriented.

Kata kunci: dukungan keluarga; pelayanan kedokteran keluarga; skizofrenia

***COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF 20 YEARS OLD MALE WITH
SCHIZOPHRENIA THROUGH FAMILY MEDICINE***

ABSTRACT

Schizophrenia is one of the four main health problems in the world today. This is in accordance with WHO data saying that there are around 280 million people affected by depression, 301 million people with anxiety disorders, 40 million people with bipolar disorder and 24 million people with schizophrenia. The purpose of this study is to apply family medicine services based on evidence based medicine to patients by identifying risk factors, clinical problems and patient management based on a problem solving framework with a patient and family centered approach and a community oriented approach. The study conducted is a case report. Home visits, mental status exams, and auto- and alloanamnesis were used to gather primary data. Secondary data was obtained from the patient's medical record. The results of this study are in the form of an intervention using poster media and inviting patients to socialize. A deeper comprehension of the illness and alterations in behavior that affect the efficacy of treatment are among the outcomes attained. The study's conclusion is that family medicine has been used to diagnose and treat patients in a way that is community-focused, family-centered, and patient-centered.

Keywords: family medicine services; family support; schizophrenia.

PENDAHULUAN

Sebagai penyakit psikotik yang persisten, skizofrenia sering kali sembuh dengan sendirinya namun menunjukkan berbagai gejala klinis. Adaptasi pramorbid, gejala dan perkembangan penyakit sangat berbeda (WHO, 2022). Termasuk dalam empat besar masalah kesehatan yang dihadapi dunia modern adalah skizofrenia. Hal ini sesuai dengan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang memperkirakan 280 juta orang mengalami depresi, 301 juta orang mengalami gangguan kecemasan, 40 juta orang mengalami gangguan bipolar, dan 24 juta orang menderita skizofrenia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Diketahui 9,8% masyarakat Indonesia menderita gangguan mental emosional, berdasarkan laporan temuan Riskesdas tahun 2018. Usia 25 hingga 24 tahun memiliki insiden terendah (8,5%), sedangkan kelompok usia di atas 75 tahun memiliki insiden terbesar (15,8%). Sementara itu, rasio laki-laki dan perempuan penderita skizofrenia berdasarkan gender adalah 1,4:1. Penyakit mental emosional berpotensi berdampak pada aktivitas sehari-hari dan berujung pada penurunan produktivitas, meski tidak serta merta menyebabkan kematian. Sekitar 400.000 orang di Indonesia menderita skizofrenia, yaitu penyakit jiwa serius dengan insiden 1,7 per 1.000 orang. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (2018) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019), diperkirakan terdapat 8.969 orang di Provinsi Lampung yang menderita skizofrenia. Di Indonesia, 84,9% penderita skizofrenia mendapat pengobatan, namun 51,1% diantaranya tidak rutin meminum obat. Merasa sehat (36.1%), tidak minum obat secara teratur (33.7%), dan tidak mampu membeli obat secara teratur (23.6%) merupakan tiga alasan utama yang diberikan. (Riskesdas, 2018)

Ada dua jenis penatalaksanaan skizofrenia: farmasi dan non-farmakologis. Untuk skizofrenia, pengobatan farmakologis tetap menjadi pilihan utama. Sesuai dengan gejala pasien, tujuan utama terapi ini adalah untuk mengatur perilaku pasien, menghindari cedera pada pasien, dan mengurangi gejala psikotik seperti gejala agresivitas, agitasi, negatif, positif, dan afektif. Selain terapi farmasi, terapi nonfarmakologis seperti psikoterapi dan psikoedukasi juga diperlukan untuk mempercepat kesembuhan pasien. Terapi ini harus diberikan setelah pasien sudah tenang dan melibatkan dukungan terhadap pasien dan keluarga. Rehabilitasi yang disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan kejiwaan pasien diperlukan agar dapat memilih tindakan terbaik. Dalam hal kepatuhan terhadap obat, terapi non-farmakologis juga sama pentingnya. Dalam situasi ini, dukungan keluarga dan pemantauan pengobatan sangat penting. Ini adalah faktor utama yang mempengaruhi seberapa baik penderita skizofrenia merespons terapi dan pulih (mulyani,2020).

Terdapat berbagai faktor yang mungkin berperan terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien skizofrenia, terutama dukungan keluarga, jarak rumah dengan fasilitas kesehatan, pendidikan, uang, efek samping obat dan usia (Refnandes & Almaya, 2021). Keluarga harus memberikan dukungan yang dibutuhkan pasiennya untuk mengakses layanan kesehatan, menerima perawatan rutin, dan memastikan mereka meminum obat sesuai resep. Pasien akan merasa bahwa keluarga mereka adalah penyemangat hidup yang memberikan dorongan dan dukungan yang diperlukan jika mereka menerima dukungan keluarga yang cukup dan berkelanjutan untuk pasien skizofrenia, termasuk dukungan emosional, instrumental, informasional, dan penilaian (Sari AF et al, 2018). Keluarga pasien merupakan faktor utama dalam menentukan jenis perawatan yang dibutuhkan pasien. Untuk membantu pasien menjadi lebih mandiri, meningkatkan taraf hidup, dan menyesuaikan diri dengan situasi sosial, keluarga juga berperan penting dalam kehidupan mereka (Sari DD dkk, 2019).

Studi kasus ini menggambarkan seorang pasien pria, berusia 20 tahun, yang didiagnosis skizofrenia. Untuk pasien ini, strategi pengobatan keluarga diperlukan untuk mendorong perubahan perilaku pada pasien. Penatalaksanaan holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga terdiri dari *patient centered, family approach, dan community oriented*. Melalui identifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan perawatan pasien berdasarkan *patient centered, family approach, dan community oriented*, penelitian ini berupaya memberikan layanan *evidence based medicine* kepada pasien.

METODE

Penelitian yang dilakukan adalah sebuah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis dan alloanamnesis, pemeriksaan status mental dan kunjungan ke rumah dengan pengisian folder keluarga dan pengisian bagan pasien yang diperoleh melalui wawancara mendalam. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian didasarkan pada diagnosis keseluruhan dari kunjungan pertama, kunjungan proses, dan kunjungan terakhir.

HASIL

Anamnesis

Pasien Tn. MI, Seorang laki-laki berusia 20 tahun mengeluh sering mondar-mandir, tangan gemetar, dan tidak dapat diam. Ia bersama orang tuanya mendatangi Rawat Inap Puskesmas Kedaton untuk mendapatkan surat rujukan ke Rumah Sakit Jiwa Daerah. Pasien merupakan pasien rutin RSJD sejak satu tahun yang lalu. Awalnya, satu tahun yang lalu pasien mengalami perubahan perilaku yakni mudah tersinggung dan marah-marah, pasien juga sesekali membahayakan dirinya dengan membenturkan kepalanya ke tembok serta menendang pintu atau barang apa saja menggunakan kakinya. Berdasarkan pengakuan orangtua pasien, pasien sering berjalan tanpa tujuan keluar rumah dan tidak kembali ke rumah jika tidak ditemukan oleh orang lain serta pasien sering berbicara dan tertawa sendiri. Menurut pengakuan pasien, ia mengaku mendengar suara-suara yang memberitahukan apa yang harus ia lakukan dengan berbisik-bisik dan mengancam jika ia tidak menaatinya. Pasien mengakui bahwa ketika mereka sedang tidur, mereka akan mendengar bisikan lebih sering dibandingkan saat mereka bangun. Pasien mengakui bahwa hampir setiap sikap yang dimilikinya dibentuk oleh kata-kata yang diucapkan orang lain kepadanya. Sejak saat itu, pasien merasa seolah-olah semua orang di sekitarnya membencinya, yang membuatnya sangat takut pada mereka. Pasien mengatakan tidak pernah melihat bayangan-bayangan apapun, tidak pernah mencium bau/aroma yang tidak ada wujudnya, tidak pernah merasa adanya rasa sentuhan tanpa ada wujud yang menyentuh, dan tidak pernah melihat bagian tubuhnya ada yang berbeda.

Berdasarkan pengakuan ibu pasien, pasien tidak pernah mengalami hal serupa sebelumnya. Saat pasien balita hingga usia 7 tahun pasien sering mengalami kejang demam namun orangtua pasien tidak membawanya ke layanan kesehatan, hanya dilakukan kompres dan diberikan parasetamol. Ibu pasien mengatakan pasien berhenti sekolah setelah lulus SD dikarenakan pasien tidak mau meneruskan pendidikannya sebab tidak menyukai pelajaran matematika dan berhitung. Pasien juga merupakan anak yang tertutup terhadap keluarga, ia hanya dekat dengan ibu dan ayahnya. Sejak putus sekolah pasien sering bermain *Playstation* di dalam kamar tanpa keluar rumah. Pasien tidak pernah lagi bersosialisasi dengan teman-temannya. Pertama kali muncul keluhan sejak 15 bulan yang lalu, pasien sering mengamuk di rumah apabila ia merasa ada yang membuat dirinya tidak nyaman. Ia terkadang merasa tidak berguna karena sejak putus sekolah, kakak pertamanya cukup keras padanya dan mudah meremehkannya. Pasien sering menyakiti dirinya sendiri dengan memukulkan kepala ke tembok, menendang pintu dan sebagainya namun ia tidak pernah menggunakan senjata tajam. Pasien tidak pernah menyakiti

keluarganya. Selain itu, pasien juga sering berjalan tanpa tujuan ke luar wilayah Rajabasa, hingga beberapa kali masuk dalam berita orang hilang dilingkungan antar-kompleks. Riwayat trauma, minum alkohol, merokok, minum kopi, obat-obatan terlarang disangkal. Riwayat berurusan dengan tindakan kriminal disangkal. Pada keluarga ibu, adik terakhir ibunya, pernah mengalami masalah kejiwaan.

Pemeriksaan Fisik

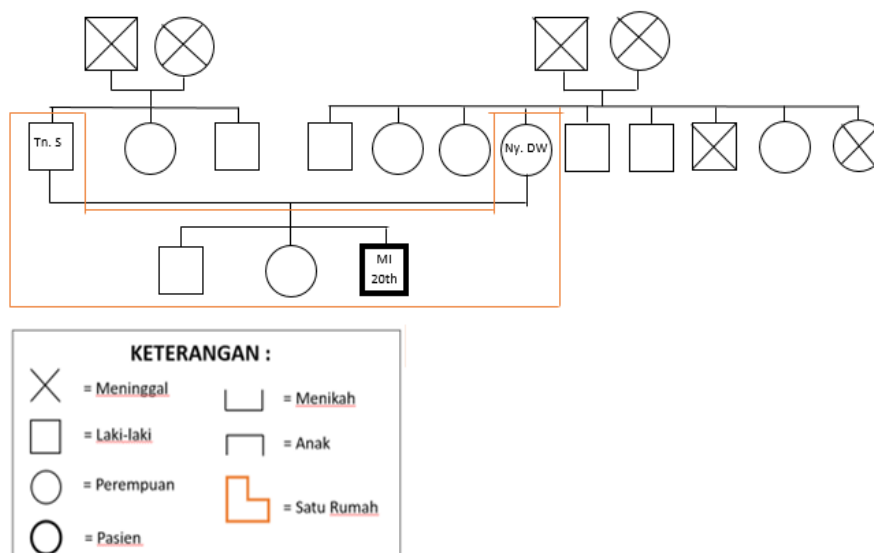
Pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa secara keseluruhan statusnya agak sakit; kesadaran: Dengan skor Glasgow Coma Scale (GSC) 15, pasien dapat dipahami; tekanan darah 110/80 mmHg; denyut nadi 82 denyut per menit; pernapasan adalah 20 denyut per menit; suhu tubuh 36,7 °C; berat badan 50 kg; tingginya 162 cm; dan IMT pasien sebesar 19 kg/m² yang menunjukkan status gizinya berada dalam batas normal. Mulut, hidung, telinga, dan mata semuanya berfungsi normal. Kisaran normal diamati di mulut, leher, paru-paru, jantung, dan perut. Status lokalis regio cruris sinistra ditemukan adanya skuama, likenifikasi, ekskoriasi, dan area yang hiperpigmentasi, batas dengan kulit sehat tidak jelas.

Setelah dilakukan pemeriksaan status mental, diperoleh **deskripsi umum** penampilan pasien. Pasien bertubuh tinggi, langsing, berkulit putih, dan berpenampilan rapi untuk anak seusianya. Tingkah laku dan aktivitas psikomotoriknya gelisah dan tidak melakukan kontak mata dengan pemeriksa. Sikapnya terhadap penguji kurang kooperatif. **Pembicaraan**; percakapan, lancar, intonasi memadai, volume suara rendah, kualitas di bawah standar, kuantitas memadai, artikulasi memadai, kecepatan bicara lambat, dan respons sesuai pertanyaan. **Keadaan afektif**; suasana hati: hipotimia; mempengaruhi: terbatas; kompatibilitas: kompatibel. **Persepsi**; ada halusinasi pendengaran; tidak ada halusinasi visual; depersonalisasi dan derealisasi tidak ada. **Pikiran**; proses berpikir: produktivitas berkurang, struktur pemikiran tidak realistis, alur pikiran kohesif, tidak adanya hambatan linguistik; Isi pemikiran: Ada sejarah penganiayaan dan ilusi kontrol. **Kesadaran dan kognisi** membantu orientasi situasional, temporal, dan spasial. **Nilai daya** sangat bagus, dan **pengendalian impuls** sudah cukup. **Visuospasial** baik, **daya nilai sosial** baik, **kemampuan abstrak** buruk, dan **daya ingat segera, pendek, menengah** buruk. **tilikan**; Pasien mempunyai nilai wawasan 1 yang berarti menyangkal sepenuhnya mempunyai suatu kondisi medis. "**taraf dapat dipercaya**": Dialog dengan pasien dapat diandalkan. **RTA**: terganggu.

DATA KELUARGA

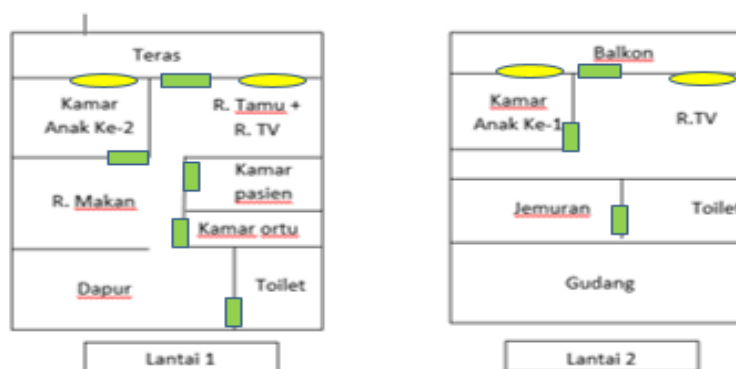
Pasien merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Pasien diasuh dan dibesarkan oleh kedua orang tua kandungnya sejak neonatus hingga saat ini. Ia tinggal dirumah bersama orang tua dan kedua kakaknya. Pasien belum menikah. Ayah pasien merupakan pensiunan PNS dan ibu pasien merupakan ibu rumah tangga, kakak pertama pasien merupakan pegawai swasta dan kakak kedua pasien adalah seorang guru. Pasien tidak bekerja, sehari-hari ia hanya menghabiskan waktu di kamar menyendiri dengan handphone-nya. Sebelum muncul keluhan pasien sering menghabiskan waktunya untuk bermain *Playstation* didalam kamarnya dan jarang bersosialisasi dengan teman sebayanya setelah berhenti sekolah. Hubungan pasien dengan orang tuanya cukup baik sedangkan hubungan pasien dengan kedua kakaknya kurang baik terutama pada kakak pertamanya. Keluarga pasien terdiri dari suami, istri, dan anak; itu adalah keluarga inti. Hubungan dan komunikasi keluarga tidak baik, dan perselisihan diselesaikan melalui pembicaraan antar anggota. menyelesaikan masalah dalam keluarga pasien dengan melakukan percakapan dengan ayah, ibu, dan anak Ayah pasien sering kali mengambil keputusan dalam keluarga.

Jika ada anggota keluarga yang menyampaikan pengaduan dalam jarak lima kilometer dari Rawat Inap Puskesmas Kedaton, biasanya keluarga tersebut akan pergi ke sana untuk berobat. Rencana pengobatan pasien dan keluarga diikuti hanya sebagai respons terhadap keluhan. Pasien sudah terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan asuransi kesehatan.





Gambar 1. Genogram keluarga Tn. MI

Pasien tinggal di rumah berukuran 40m² di lantai dua dan 80 meter persegi di lantai satu bersama orang tua dan dua orang kakaknya. Rumah pasien meliputi ruang TV, empat kamar tidur, dua kamar mandi, ruang makan, dan dapur serta ruang tamu. Dinding rumah terbuat dari batu bata dan tidak dicat, sedangkan lantainya terbuat dari keramik. Terdapat ventilasi dan pencahayaan yang memadai. Rumahnya tampak tidak tertata dan rapi. Listrik sudah digunakan di dalam rumah. Pompa listrik yang terletak di belakang rumah menyediakan pasokan air. Selalu gunakan air galon bermerek untuk keperluan minum. Tempat tinggal pasien dan tempat tinggal tetangganya cukup berdekatan satu sama lain.



Keterangan :

-  : Jendela dengan ventilasi
-  : Pintu

Gambar 2. Denah Rumah Tn. MI

DIAGNOSIS HOLISTIK AWAL

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: melanjutkan proses pengobatan skizofrenia
- Kekhawatiran: Keluarga pasien khawatir pasien tidak dapat hidup mandiri.
- Harapan: Pasien belum menyadari bahwa dirinya sakit.
- Persepsi: Keluhan pertama kali muncul karena adanya stressor pada pasien karena ia tidak dapat mengikuti pelajaran disekolah sehingga ia tidak melanjutkan sekolah.

2. Aspek Klinis

- Aksis I : Skizofrenia Paranoid (ICD 10 F.20, ICPC-2: P98) dd/ GMO, gangguan skizoafektif
- Aksis II : Retardasi mental
- Aksis III : Ekstrapiramidal sindrom
- Aksis IV : Masalah psikososial
- Aksis V : GAF 30-21

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien pendiam dan jarang membicarakan masalahnya.
- Pasien belum memahami sifat penyakit yang dideritanya, penyebab, tanda, dan pengobatannya.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Keluarga : Tidak seluruh keluarga pasien memahami kondisi pasien terkadang keluarga menyalahkan keadaan pasien
- Keluarga pasien masih belum cukup mengetahui penyakitnya, gejalanya, atau cara terapinya.
- Kepatuhan meminum obat masih kurang sebab ibu pasien menilai jika obat diminum terus-menerus akan menimbulkan ketergantungan.

5. derajat Fungsional: 3 (tiga); mampu mengurus diri sendiri tetapi tidak melakukan pekerjaan ringan

INTERVENSI

Tergantung pada kondisi pasien, pasien ini menerima intervensi medis dan non-medis. Untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, intervensi medis berupaya mengurangi masalah dan

mencegah masalah tersebut terulang kembali. Media poster digunakan sebagai intervensi non medis untuk menjelaskan penyakit yang diderita pasien. Kediaman pasien dikunjungi sebanyak tiga kali. Melengkapi data pasien merupakan tujuan kunjungan awal. Untuk intervensi, kunjungan kedua dijadwalkan. Evaluasi terhadap intervensi yang dilaksanakan merupakan tujuan dari kunjungan ketiga. Tindakan yang dilakukan dapat dikategorikan sebagai berikut: *patient center, family focused dan community oriented*.

1. *Patient Centered*

- **Medikamentosa:**
 - Haloperidol antipsikotik generasi pertama 1,5 mg/12 jam sebagian besar mengobati gejala ekstrapiramidal seperti distonia, akatisia, dan parkinsonisme.
 - Efek samping trihexyphenidyl 2 mg/24 jam antara lain mual, muntah, pusing, dan mulut kering.
 - Sembelit, gangguan penglihatan, retensi urin, dan gejala ekstrapiramidal (distonia, akatisia, dan parkinsonisme) termasuk di antara efek samping chlorpromazine 50 mg.
- **Non medikamentosa:**
 - Mendidik masyarakat tentang definisi, faktor risiko, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, dan komplikasi skizofrenia.
 - Mendorong pasien untuk mengungkapkan harapan, perasaan, dan pemahaman terhadap gejala yang dialaminya merupakan bentuk dasar *cognitive behavior therapy*.
 - Ajari pasien pentingnya konsisten meminum obat tepat waktu dan sesuai dosis yang ditentukan.
 - Ajari pasien untuk mulai menghabiskan lebih banyak waktu dengan keluarga dan teman-teman dan mempelajari mekanisme mengatasi stres, seperti mewarnai atau melukis.

2. *Family focused*

- Poster yang menjelaskan definisi skizofrenia, faktor risiko, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, dan komplikasi harus digunakan untuk mengedukasi masyarakat.
- Petunjuk tentang cara memperbaiki kondisi pasien dengan mewajibkan seluruh anggota keluarga memberikan dukungan dan perawatan ekstra kepada pasien.
- Ajarkan keluarga pasien untuk tidak henti-hentinya mengajak pasien untuk ikut beraktivitas dan mendampingi untuk mencegah melamun berlebihan.
- Menugaskan ibu kandung pasien untuk menjadi PMO dan mengajak keluarga pasien untuk rutin mendampingi mereka ke layanan primer guna menangani kondisi kesehatannya. Hal ini akan membantu keluarga untuk memahami masalah pasien dan cara mengatasinya.

3. *Community oriented*

- Mendukung pasien untuk sembuh dan bukan mengisolasi pasien.
- Dorong pasien untuk berinteraksi sosial dengan anggota keluarganya sendiri.
- Menyarankan keluarga pasien untuk mengajarkan pasien untuk aktivitas sehari-hari di rumah.
- Menyarankan keluarga pasien untuk memasukkan pasien ke sekolah khusus seperti SLB agar pasien mampu bersosialisasi dengan lingkungan yang lebih luas.

DIAGNOSIS HOLISTIK AKHIR

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: melanjutkan proses pengobatan skizofrenia
- Kekhawatiran: Keluarga pasien khawatir pasien tidak dapat hidup mandiri.
- Harapan: Pasien belum menyadari bahwa dirinya sakit.
- Persepsi : Keluarga pasien sudah memberikan obat sesuai dengan dosis dan anjuran dokter

2. Aspek Klinis

- Aksis I : Skizofrenia Paranoid (ICD 10 F.20, ICPC-2: P98) dd/ GMO, gangguan skizoafektif
- Aksis II : Retardasi mental
- Aksis III : Ekstrapiramidal sindrom
- Aksis IV : Masalah psikososial
- Aksis V : GAF 30-21

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien mulai bercerita pada ibunya bila ada halusinasi yang muncul dan juga membicarakan apa yang ia ingin lakukan.
- Pasien belum menyadari penyakit yang dialami, penyebab, gejala, dan pengobatan.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Keluarga : Ibu pasien mulai rutin memberikan obat sesuai dosis dan anjuran dokter.
- Pengetahuan keluarga mengenai penyakit pasien, gejala, dan pengobatan mulai meningkat
- Kakak pasien sudah mulai mengerti kondisi mental pasien dan tidak lagi bersikap keras pada pasien

5. Derajat Fungsional: 3 (tiga) mampu melakukan perawatan diri, tapi tidak mampu melakukan pekerjaan ringan

PEMBAHASAN

Pasien adalah subjek studi kasus. Tn. MI pasien berusia 20 tahun di Rawat Inap Puskesmas Kedaton mendapat surat rujukan kontrol ulang pengobatan ke rumah sakit jiwa dengan didampingi orang tuanya. Pasien mengaku sering mendengar suara-suara di kepalanya yang menuduh dirinya diancam, disuruh berbuat, dan disuruh tutup mulut. Keluhan tersebut selalu didengar pasien saat beraktivitas, dan saat tidur, keluhan tersebut mulai lebih sering terdengar. Sejak saat itu, pasien merasa seolah-olah semua orang di sekitarnya membencinya, yang membuatnya sangat takut pada mereka. Pasien senang menghabiskan waktu sendirian di kamar mereka dengan PlayStation karena hal ini. Pasien juga waspada terhadap orang-orang di sekitarnya, karena mereka terus-menerus menyalahkan dirinya atas ketidakmampuannya menyelesaikan sekolah. Namun pasien tidak pernah melihat bayangan apa pun. Pasien percaya bahwa dia sedang dikendalikan oleh kekuatan luar. Pasien merasa dirinya tidak memegang kendali. Selain itu, keluarga pasien masih kurang memahami penyakit yang diderita pasien. Oleh karena itu, agar anggota keluarga dapat ikut serta dalam pengobatan pasien, diperlukan bimbingan keluarga.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum kurang sehat, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/80 mmHg, denyut nadi 82x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,3°C, berat badan 50 kg, tinggi badan 162 cm. . BMI 19 jika diartikan normal. **Deskripsi umum** penampilan seseorang diperoleh selama penilaian status mental. Hal ini meliputi perilaku yang sesuai dengan usia, rapi, pakaian berwarna hitam, kulit putih, perilaku dan aktivitas psikomotorik yang tenang, serta sikap kurang kooperatif terhadap pemeriksa. **Pembicaraan:** tidak terencana dan tidak lancar, volume rendah, artikulasi tidak jelas, tanggapan sesuai pertanyaan, kuantitas dan kualitas suasana hati yang memadai: hipotimia; mempengaruhi:

terbatas; kompatibilitas: kompatibel; **keadaan afektif, Persepsi:** halusinasi aural telah didokumentasikan di masa lalu; halusinasi visual tidak ada, begitu pula ilusi, depersonalisasi, dan derealisasi. **Pikiran:** kurang produktif, kesinambungan tidak relevan, tidak ada bukti kerusakan bahasa, alur berpikir logis; Berikut isi pemikirannya: kecurigaan, penganiayaan, dan ilusi kendali bukanlah hal baru. Orientasi yang baik terhadap lokasi, waktu, dan situasi dicapai melalui **kesadaran dan kognisi.** **Daya nilai** nya baik dan **pengendalian impulsnya** cukup. **tilikan:** Pasien mempunyai nilai wawasan 1, artinya ia menolak segala bukti penyakitnya. **Taraf dapat dipercaya:** Dialog pasien dapat diandalkan. Dari anamnesis pasien, pemeriksaan fisik, dan penilaian status mental, terlihat bahwa mereka menderita skizofrenia paranoid, suatu penyakit mental.

Sesuai Pedoman Klasifikasi dan Diagnosa Gangguan Jiwa III (PPDGJ III), skizofrenia merupakan suatu kondisi yang timbul dari berbagai asal usul dan perjalanan penyakit yang beragam. Hal ini juga mempunyai beberapa implikasi yang bergantung pada interaksi faktor genetik, fisik, dan budaya. Penyakit mental yang dikenal sebagai skizofrenia ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan total dalam berkomunikasi, gangguan terhadap realitas (seperti halusinasi dan delusi), kelainan kognitif (seperti ketidakmampuan untuk memahami secara abstrak), dan tantangan dalam melakukan tugas sehari-hari. (Maslim R, 2013). Gejala skizofrenia biasanya mulai terlihat pada masa remaja akhir atau awal masa dewasa. Laki-laki biasanya memulainya pada usia antara 15 dan 25 tahun, dan perempuan biasanya memulainya pada usia antara 25 dan 35 tahun (Elvira SD, 2012). Teori model diatesis menyatakan bahwa banyak faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan skizofrenia, bukan hanya satu penyebab. Mayoritas ilmuwan berpendapat bahwa genetika, ketidakseimbangan kimia otak, kelainan struktur otak, atau kelainan lingkungan perinatal adalah penyebab biologis skizofrenia. Bagi orang yang sudah berisiko terkena skizofrenia, berbagai stresor kehidupan dapat memperburuk perkembangan penyakitnya (PP PDSKJI, 2012).

Jika terdapat setidaknya satu gejala positif atau negatif yang berbeda (dua atau lebih, jika gejalanya kurang jelas) yang muncul selama satu bulan atau lebih, diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan. Gejala positif skizofrenia adalah: 1) delusi atau masalah isi pikiran, khususnya keyakinan yang tidak logis. Mereka yang terkena dampak tetap berpendapat bahwa hal tersebut benar, meskipun ada bukti obyektif yang menunjukkan bahwa hal tersebut tidak masuk akal; 2) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa adanya rangsangan. 3. Kelainan bicara, termasuk inkohereni, sirkumscripta, asosiasi longgar, dan tangensial; 4) Bising, gelisah, tidak mampu berdiam diri, agresif, dan berbicara dengan penuh semangat dan kegembiraan merupakan beberapa contoh halusinasi. Di antara gejala negatif skizofrenia adalah: 1) Dunia perasaan yang “membosankan” dan “datar”. Wajahnya yang tanpa ekspresi mencerminkan gambaran alami perasaan tersebut; 2) Menarik diri atau mengasingkan diri, tidak mau bersosialisasi atau menghubungi orang lain, lebih suka melamun; 3) Kontak emosional yang sangat "buruk", pendiam dan sulit diajak bicara; 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial; 5) Kesulitan berpikir abstrak; 6) Tidak ada minat atau kehilangan kemampuan dalam kegiatan sosial atau profesional (Maslim R, 2013).

Melalui pembinaan dan intervensi, strategi pengobatan keluarga digunakan untuk menangani pasien ini secara holistik. Tiga kali kunjungan ke rumah pasien dilakukan dalam rangka menyelesaikan kegiatan ini. Pada tanggal 31 Oktober 2022, pasien dan anggota keluarga lainnya diperkenalkan. Izin diminta, serta kesediaan pasien dan keluarga untuk memberikan konseling kepada keluarga mengenai penyakit pasien. Selain itu, kunjungan ini mengevaluasi demografi keluarga, dinamika keluarga, dan identifikasi faktor tambahan yang mempengaruhi penyakit Tuan MI.

Berdasarkan data yang diperoleh dari pertemuan pertama diperoleh kesimpulan bahwa pasien mengalami Skizofrenia Paranoid akibat beberapa faktor, diantaranya masalah saat antenatal, prenatal, masalah fisik berupa riwayat kejang demam berulang yang tidak ditangani dengan baik, retardasi mental, faktor stres dan tipe kepribadian yang suka menyendiri. Setelah digali ibu pasien pernah terkena penyakit infeksius tifoid saat mengandung pasien dan saat prenatal terjadi perdarahan. Pasien juga memiliki riwayat kejang demam sejak usia dua tahun hingga usia 7 tahun tanpa pengobatan di layanan kesehatan. Selain itu, faktor stress, diperoleh data bahwa pasien kehilangan kepercayaan diri sebab telah putus sekolah karena tidak mampu mengikuti pelajaran di sekolah utamanya kemampuan berhitung. Setelah dilakukan pemeriksaan kecerdasan didapatkan retardasi mental ringan. Keluarganya terutama kakak pasien tidak dapat memahami kondisinya justru menyalahkan dan menjelek-jelekan pasien. Pasien merupakan anak terakhir dengan sifat pendiam dan tidak mudah menceritakan kisah hidupnya sehingga hanya dipendam sendiri dan menghabiskan hari-harinya dengan bermain di depan *Playstation* di dalam kamarnya.

Stresor psikososial adalah keadaan atau lingkungan yang tidak menguntungkan bagi seseorang. Segala keadaan atau kejadian yang mengubah kehidupan seseorang hingga harus beradaptasi untuk menghadapi stressor (tekanan mental) yang muncul disebut sebagai stressor psikososial. Skizofrenia merupakan salah satu dari sekian banyak penyakit jiwa akibat kegagalan adaptasi tersebut (Hendarsyah F, 2016). Cara pasien berinteraksi dengan teman dan keluarga merupakan salah satu aspek psikososial. Ketidakmampuan pasien untuk mengikuti pelajaran di sekolah—khususnya yang berkaitan dengan berhitung—serta kurangnya dukungan keluarga dalam membantu pasien memecahkan masalah dan kurangnya perhatian mereka terhadap pasien menyebabkan tekanan dalam kehidupan pasien. Menurunnya rasa percaya diri pasien menyebabkan pasien sulit berinteraksi dengan baik di masyarakat yang juga menjadi faktor stresor. Gejala skizofrenia dapat muncul bila tekanan ini berlangsung terus-menerus hingga mencapai titik tertentu, sehingga akan mengganggu keseimbangan mental pasien (Utomo TL, 2023). Pasien diberi resep obat standar, antara lain antipsikotik haloperidol 1,5 mg/12 jam, antimuskarinik trihexyphenidyl HCl 2x2 mg, dan klorpromazin 1x50 mg. Pasien juga diinstruksikan untuk kembali ke rumah sakit jiwa pada bulan berikutnya.

Rekomendasi praktik klinis bagi dokter yang bekerja di fasilitas tingkat pertama menyatakan bahwa obat antipsikotik berupa haloperidol 2-3x2-5 mg/hari, risperidone 2x 1-3 mg/hari, atau klorpromazin 2-3x100-200 mg/hari merupakan obat yang paling tepat. pengobatan farmakologis yang direkomendasikan untuk skizofrenia (IDI, 2017). Menggabungkan antipsikotik akan menghasilkan target reseptor yang lebih luas, yang akan meningkatkan kemanjuran antipsikotik dengan meningkatkan antagonisme reseptor dopaminergik D2 secara aditif. Kombinasi antipsikotik ini juga diharapkan dapat mengurangi efek samping terkait dosis (Saputri RP dkk, 2019). Pada pasien skizofrenia, kombinasi haloperidol-klorpromazin (55%) diberikan lebih sering dibandingkan kombinasi haloperidol-klorpromazin-klozapin (45%). Seperti antipsikotik biasa, haloperidol dan klorpromazin bekerja dengan cara memblokir reseptor D2 dan D3. Meskipun efektif dalam mengobati gejala positif skizofrenia, obat ini kurang berhasil dalam mengobati gejala negatif (Ren Y dkk, 2023). Pasien juga diberikan trihexyphenidyl sebagai antikolinergik untuk mencegah efek samping ekstrapiramidal karena pasien mengalami tremor pada kedua tangan dan sering mondar-mandir.

Pasien menjalani intervensi non-medis selain terapi medis. Hal ini mencakup: 1. Memberikan edukasi kepada pasien mengenai skizofrenia, termasuk definisinya, faktor risiko, gejala, pilihan pengobatan, dukungan keluarga, dan komplikasinya. 2. Mempraktikkan *cognitive behavior*

therapy dasar, yaitu berbicara dengan keluarga pasien tentang harapan, perasaan, dan gejala yang dialami. 3. Mendidik pasien tentang perlunya meminum obat secara teratur sesuai dengan dosis dan regimen yang ditentukan. 4. Ajari pasien teknik manajemen stres dan mulai lebih sering bergaul dengan keluarga.

Selain itu, ayah, ibu, dan kakak laki-laki pasien berpartisipasi dalam kegiatan *family-focused* sebagai bagian dari intervensi dengan melakukan 1). Media poster digunakan untuk mengedukasi anggota keluarga tentang skizofrenia, meliputi topik seperti definisi, faktor risiko, gejala, pengobatan, dan dukungan dari anggota keluarga. 2. Menginformasikan kepada keluarga bahwa untuk memperbaiki kondisi pasien, seluruh anggota keluarga harus memberikan dukungan dan perawatan yang lebih besar. 3. Ajari keluarga pasien untuk tidak meninggalkan mereka sendirian dan secara konsisten mendorong mereka untuk berpartisipasi dalam aktivitas untuk mencegah melamun berlebihan. 4. Menunjuk ibu pasien sebagai manajer pribadi pasien (PMO) dan melatih keluarga pasien untuk rutin menemani mereka ke layanan kesehatan primer guna mengelola kesehatannya, sehingga keluarga mengetahui keluhan pasien dan cara mengatasinya. Pada pertemuan ketiga, intervensi pasien ditinjau untuk menentukan apakah tujuan kegiatan intervensi yang telah ditentukan telah tercapai atau tidak. Pasien menyatakan mengikuti pedoman pengobatan skizofrenia yang telah dibahas sebelumnya; dia tidak pernah melewatkan satu dosis pun dari pengobatannya, dan ibunya terus-menerus mengingatkannya untuk meminum obat skizofrenia secara teratur dan berhenti mengurangi dosisnya.

SIMPULAN

Diagnosis skizofrenia kasus ini konsisten dengan sejumlah gagasan dan evaluasi kritis penelitian terbaru. Pasien telah ditangani dengan cara *patient-centered*, *family-focused*, *community-oriented*, holistik dan komprehensif dengan pengobatan skizofrenia berbasis EBM yang sering dilakukan. Kami memasukkan permasalahan psikososial selain permasalahan klinis ketika melakukan intervensi terhadap pasien; oleh karena itu, diperlukan evaluasi dan rencana pengobatan yang holistik, menyeluruh, dan berkelanjutan. Menurut teori saat ini, pasien dirawat secara medis dengan cara yang tepat. Dalam kasus skizofrenia, modifikasi perilaku oleh pasien untuk meminimalkan faktor risiko dan pemicunya dapat membantu meringankan gejala dan mencegah kerusakan atau konsekuensinya, selain pengobatan. Setelah intervensi, terjadi perubahan perilaku pada sikap pasien dan keluarganya dalam menjalani hidup sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Elvira SD, Hadisukanto G. (2012). Buku Ajar Psikiatri. Jakarta: Badan Penerbit FKUI
- Hendarsyah F. Diagnosis dan Tatalaksana Skizofrenia Paranoid dengan Gejala-Gejala Positif dan Negatif. (2016). *J Medula Unila*.4(3):57;60.
- Ikatan Dokter Indonesia (IDI). (2017). Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Menteri Kesehat Republik Indonesia. 162, 364.
- Kemendes RI. (2019). Laporan Provinsi Lampung Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Maslim R. (2013). Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III Dan DSM-5. Jakarta: Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya
- Muliyani M, Isnani N, Putra Solihin RAAHS. (2020). 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.*2(1):35-9.
- Pengurus Pusat Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa (PP PDSKJI). (2012). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Jiwa/Psikiatri*. PP PDSKJI.
- Refnandes R, Almaya Z. (2021). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia. *NERS J Keperawatan.*17(1):54.
- Ren Y, Wang H, Xiao L.(2023). Improving myelin/oligodendrocyte-related dysfunction: A new mechanism of antipsychotics in the treatment of schizophrenia? *Int J Neuropsychopharmacol.* 16(3):691-700.
- RISKESDAS. (2018). *Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia*. InfoDATIN. Published online 2018:12.
- 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.* 15(1):19-28.
- 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.* 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.* 8(2):7-13.
- Utomo TL. (2023). Hubungan Antara Faktor Somatik, Psikososial, Dan Sosiokultur Dengan Kejadian Skizofrenia Di Instalasi Rawat Jalan RSJD Surakarta. 1(2):2-17.
- World Health Organization.(2022). *Mental Disorders*. Tersedia pada: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>